


RONALD J. COMER | JONATHAN S. COMER

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ: PROF. DR. ORÇUN YORULMAZ

# ANORMAL PSİKOLOJİNİN *Temelleri*

dokuzuncu basımdan çeviri

nobel

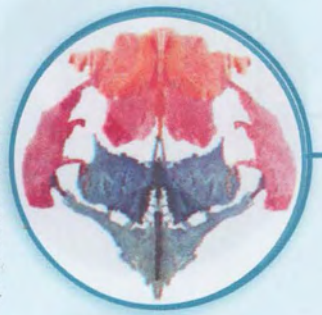
# Anormal Psikolojide Köşe Taşları



Library of Congress/Science Source



Jim Davis/The Boston Globe via Getty Images



Spencer Grant/Science Source



Adam Glanzman/The New York Times/Redux

Not: fotoğraflar ve onların kaynakları kitapta yer almaktadır.

| | |
|---|---|
| Taş devri | Ruhsal rahatsızlıklar trepinasyon ile tedavi ediliyordu. s. 7 |
| MÖ 430-337 | Hipokrat, beyni ruhsal rahatsızlıkarın kökeni olarak gösterdi s. 8 |
| 500-1450 | Orta Çağ'da şeytani açıklamaları ve buna yönelik acımasız tedavi yöntemleirni benimsendi. s. 8 |
| 1547 | Londra'daki Bethlehem Hastanesi bir asylum'a (akıl hastanesine) çevrildi. s. 10 |
| 1693 | Massachusetts-Salem'de cadı avcılığı tavan yaptı. s. 9 |
| 1773 | Virginia-Williamsburg'da ilk Amerikan hastanesi sadece akıl hastalarını kabul etmeye başladı. s. 10 |
| 1793 | Philippe Pinel, Paris'teki La Bicetre'den hastaları serbest bıraktı. s. 10 |
| 1812 | Benjamin Rush ilk psikiyatri kitabını yazdı. s. 11 |
| 1842 | ABD'de Dorothea Dix, akıl hastanelerinde reform için kampanya başlattı. s. 11 |
| 1865 | Gregor Mendel genetik kuramını yayınladı. s. 39 |
| 1879 | Wilhelm Wundt, ilk deneysel psikoloji laboratuvarını kurdu. s. 21 |
| 1883 | Emil Kraepelin akıl hastalıklarını fiziksel hastalıklarla ilişkilendirerek bir psikiyatri kitabı yayınladı. s. 11, 89 |
| 1892 | Ameriakn Psikolji Derneği kuruldu. s. 19 |
| 1893 | Sigmund Freud, Josef Breuer ile, psikianalizin ilk defa duyurulmasına önayak olan Histeri Olgusunun Psişik Mekanizmaları üzerine adlı bir dizi kitap bölümü yayımladı. s. 13, 244 |
| 1896 | Ligher Witmer Pennsylvania Üniversitesi-ABD'de ilk psikoloji kliniğini kurdu. |
| 1897 | Genel felç, ilk defa fiziksel bir durum olan sifiliz ile ilişkilendirildi. s. 12 |
| 1900 | Freud Rüya Yorumları adlı kitabını yayımladı. s. 46 |
| 1900 | Morton Prince çoğul kşilik bozukluğunu tedavi etmek için hipnozu kullandı. s. 168 |
| 1901 | Ivan Pavlov klasik koşullamayı gösterdi. s. 49, 115-116 |
| 1905 | İlk zeka testi yayınlandı. s. 85 |
| 1907 | Dr. Alois Alzheimer, tarafından Alzheimer hastalığı tanımlandır. s. 481 |
| 1908 | Clifford Beers, ABD'de Zihinsel Hijyen Hareketi'ni başlatan Kendini Bulan Akıl (A mind that found itself) adlı kitabını yayınladı. s. 381-382 |
| 1909 | Freud ABD'ye sadece bir defa gittiği Clark Üniversitesi ziyaretini gerçekleştirdi. s. 13, 43 |
| 1913 | Davranışçı John atson psikolojinin bilinç çalışmalarını bırakması iddiasını öne sürdü. s. 49 |
| 1917 | ABD kongresi tıbbi olmayan opioid kullanımını yasadışı ilan etti. s. 300 |
| 1921 | Rorschach testi yayınlandı. s. 78 |
| 1923 | Freud Ego ve İd adlı kitabın yayımladı. s. 43-44 |
| 1929 | EEG geliştirildi. s. 84 |
| 1935 | Adsız Alkolikler kuruldu. s. 323 |
| 1935 | Ruhsal rahatsızlıkla için ilk defa lobotomi kullanıldı. s. 384 |
| 1937 | ABD'de marihuana kullanımı yasadışı ilan edildi. s. 311 |
| 1938 | Elektrokonvulsif terapi Roma'da kullanılmaya başladı. s. 41, 184-185 |
| 1938 | B. F. Skinner edimsel koşullamayı önerdi. s. 49 |
| 1939 | Wechsler-Bellevue Zekâ Ölçeği yayımlandı. s. 85 |
| 1943 | LSD'nin halüsinojenik etkisi keşfedildi. s. 308 |
| 1943 | Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) yayımlandı. s. 80 |
| 1943 | Jean-Paul Sartre'nin varoluşçuluğu temel alan kitabı Being and Nothingness yayımlandı. s. 58 |
| 1949 | Lityum tuzu ilk defa bipolar bozukluk için kullanıldı. s. 206 |
| 1951 | İlk antipsikotik ilaç olan Chlorpromazine test edildi. s. 383 |
| 1951 | Carl Rogers Client-Centered Therapy (Danışan Merkezli Terapi) adlı kitabını yayınladı. s. 56, 106 |
| 1952 | Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından DSM'nin ilk baskısı yayınlandır. s. 89, 93 |



LHB Photo / Alamy



Chau Doan/LightRocket via Getty Images



Du Cane Medical Imaging LTD./Science Photo Library/Getty Images




AP Photo/Jeff Chiu

1955 Los Angeles İntiharı Önleme Merkezi kuruldu. s. 231
1956 Aile sistemleri kuramı ve terapisi ortaya atıldı. s.61,63
1958 Josephe Wolpe duyarsızlaştırmayı geliştirdi. s.117
1961 Thomas Szasz Akıl Hastalığı Miti adl kitabını yayınladı. s. 4
1962 Albert Ellis Akılcı Duygusal Terapi'yi duyurdu. s.109
1963 ABD'de Toplumsal Akıl Sağlığı Yasası kurumsuzlaştırmayı başlattı. s. 14, 390
1963 ABD'de antianksiyete ilacı olan Valium satışa sunuldu. s.112
1964 ABD'de devlet tarafından ilk defa sigara içmenin sağlığa zarar verebileceği uyarısı yapıldı. s.305
1967 Aaron Beck Depresyon için Bilişsel Terapi adlı kitabını yayınladı. s. 189, 193
1967 Metadon tedavisi başladı. s. 322
1970 Masters ve Johnson İnsanın Cinsel Yetersizliği (Human Sexual Inadequacy) adlı kitabı yayınladı ve cinsel terapi yapmaya yayınladı. s. 341
1972 CAT taraması kullanılmaya başlandı. s.84-85
1973 DSM eşcinselliği bir akıl hastalığı olarak tanımlamaktan vaz vazgeçti. s. 356
1973 David Rosenhan Deli Mekanlarda Akıllı Olmak Üzerine adlı araştırmayı yaptı. s. 60, 377
1975 İnsan beyninde ilk defa doğal opioidlerden olan endorfinler tespit edildi. s.300
1975 ABD Yüksek Mahkemesi hastanelerdeki insanların yeterli düzeyde tedavi alma hakkı olduğu kararını verdi. s.506
1981 MRI ilk defa tanı aracı olarak kullanılmaya başladı. s. 84-85
1982 John Hinckley, Amerikan başkanı Regan'ı öldürmekten akıl hastalığı sebebiyle cezai ehliyeti olmadığı gerekçesi ile suçsuz bulundu. s. 490
1987 ABD'de bir antidepresan olan Prozac adlı ilaç satışa sunuldu. s. 184
1988 Psikolojik Bilimler Derneği kuruldu. s. 21
1990 FDA ilk defa ikinci nesil antipsikotik ilaç olarak cloapine adlı ilacı onayladı. s. 386
1995 APA çalışma grubu görgül olarak desteklenmiş (kanıta dayalı) tedaviler tanımını ve bunun ölçütlerini belirledi. s.90
1997 TSSB hastaları ilk defa sanal gerçeklik programları ile tedavi edilmeye başlandı. s.154-155
1998 Önce Viagra ve daha sonra Cialis ve Levitra ABD'de satışa sunuldu. s. 344
1999 Columbi Lisesi öğrencilerine yönelik toplu katliam saldırısı ile çocuklardaki saldırganlık konusu gündeme geldi. s. 156
2000 Bilim insanları insan genomunu haritalandırmayı (sıralamayı) tamamladı. s.39
2001 11 Eylül terörist saldırısından etkilenen 57.000 kurbana yardım etmek için 1600 ruh sağlığı çalışanı harekete geçti. s. 156
2002 New Mexico eyaleti, özel eğitim almış psikologlara ilaç yazma yetkisi verdi. s. 509
2004 FDA tüm antidepresan ilaç kutularına siyak kutucuk içinde uyarılar yazma zorunluluğu getirdi. s.341-342
2006 ABD Yüksek Mahkemesi, Oregon Onurlu Ölüm Yasası doğrultusunda hekimlere belirli koşullar altında ölümcül dönemde hastalığı olan insanların intihar etmelerine yardımı olmalarına izin erdi. s.228-229
2011 Ameikan Psikologlar Derneği, hem cins insanların evliliğini desteklediğini duyurdu. s. 330-349
2012 ABD Colorado ve Washington'da marihuana kullanımı (herhangi bir amaçla) yasal hale getirildi. s. 311
2013 Beyaz Saray 10 yıllık "BEYİN Girişimi" çalışması ile beyindeki her nöronun haritasının çıkarıldığını duyurdu. s. 37
2013 *DSM-5 yayınlandı. s. 89, 93*
2014 Hesaplı Sağlık Hizmetleri Yasası (ACA) yürürlüğe girdi ve tüm sağlık sigortalarının biçimde önleyici ruh sağlığı hizmeti ücretsiz olarak vermeleri ve fiziksel ve ruhsal sorunlara yönelik eşit (benzer) bir kapsam sağlamalarını şart koştu. s.18, 516
2016 CDC hekimlerin opiod krizlerinde kulanmak üzere ağrı kesicileri reçete edebilmeleri için bir kılavuz yayınladı. s. 302
2017 APA Etik Kodları, psikolgoların herhangi bir şekilde işkenceyle ilgili aktivitelere katılma, bunları kolaylaştırma ve bir biçimde dahil olmamaları ifadesini içerecek şekilde gözden geçirildi. s. 512, 514
2017 NFL oyuncularının incelenmek üzere bağışlanan beyinlerini inceleyen çalışma % 99'unda kronik travmatik ensefalopati olduğu sonucuna ulaştı. s.488
2017 APA transseküellerin askere alınmasına engellenmesine karşı olduğunu duyurdu. s. 356
2018 Dünya Sağlık Örgütü, sınıflndırma sisteminin yeni baskısı olan ICD-11'den transcinsiyet kavramını bir akıl hastalığı olmaktan çıkardığını duyurdu.

# ANORMAL PSİKOLOJİNİN *Temelleri*

dokuzuncu basımdan çeviri


ÇEVİRİ EDİTÖRÜ: PROF. DR. ORÇUN YORULMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi


# *Fundamentals of* Abnormal Psychology

ninth edition


RONALD J. COMER | JONATHAN S. COMER

Princeton University | Florida International University



worth publishers
Macmillan Learning
New York

nobel

**Anormal Psikolojinin Temelleri**
Çeviri Editörü: Prof. Dr. Orçun Yorulmaz

**Fundamentals of Abnormal Psychology**
Ronald J. Comer - Jonathan S. Comer

Yayın No.: 4203
Psikoloji / PDR No.: 347
ISBN: 978-625-417-979-2
Basım Sayısı: 9. Basımdan Çeviri, Eylül 2022

©Copyright 2022, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO. 40340

Bu baskının bütün hakları Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.ne aittir. Yayınevinin yazılı izni olmaksızın kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.

Nobel Akademik Yayıncılık, 2011 yılından beri "tanınmış uluslararası yayınevi" statüsündedir.

Fundamentals of Abnormal Psychology, 9e. First published in the United States by Worth Publishers. Copyright © 2019, 2016, 2014, 2011, 2008 by Worth Publishers. All rights reserved.

**Önemli Not:** Çeviri kitaplarımızda yer alan internet erişim uzantıları kitabın orijinal dilinde yapılan basımlarına aittir. Erişimde yaşanan sorunlar Yayınevimizin tasarrufunda değildir.

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Genel Yayın Koordinatörü: Gülfem Dursun -gulfem@nobelyayin.com-

Sayfa Tasarım: Emel Yıldız -emel@nobelyayin.com-
Redaksiyon: Emre Gürbüz -emregurbuz@nobelyayin.com-
Kapak Tasarım: Mehtap Bayraktar -mehtap@nobelyayin.com-
Görsel Tasarım Uzmanı: Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı Sorumlusu: Yavuz Şahin -yavuz@nobelyayin.com-

**Kütüphane Bilgi Kartı**

Comer, Ronald J., Comer, Jonathan S.
**Fundamentals of Abnormal Psychology**
**Anormal Psikolojinin Temelleri**
9. Basımdan Çeviri, xxxii + 577 s., 21,5 x 27,5 cm.
Kaynakça var, dizin yok.
ISBN: 978-625-417-979-2
1. Psikoloji 2. Anormal Psikoloji 3. Terapi

**Genel Dağıtım**

**ATLAS AKADEMİK BASIM YAYIN DAĞITIM TİC. LTD. ŞTİ.**
**Adres:** Bahçekapı Mah. 2465 Sok. Oto Sanayi Sitesi No. 7
Bodrum Kat, Şaşmaz/ANKARA
**Telefon:** +90 312 278 50 77
**Faks:** 0 312 278 21 65
**Sipariş:** siparis@nobelyayin.com
**E-Satış:** www.nobelkitap.com - esatis@nobelkitap.com
www.atlaskitap.com - info@atlaskitap.com

**Dağıtım ve Satış Noktaları:** Alfa Basım Dağıtım, Arasta, Arkadaş Kitabevi, D&R Mağazaları, Dost Dağıtım, Kika, Kitapsan, Nezih Kitabevleri, Odak, Pandora, Prefix, Remzi Kitabevleri

**Baskı ve Cilt**
İlksan Matbaası Ltd. Şti
1377. Sokak No: 35 Ağaç İşleri İvedik/ANKARA
0.312 394 39 55 Sertifika Nu: 47073

*Yaşamı sevgi ve neşe ile dolduran Marlene Comer ve Jami Furr'e sonsuz sevgi ve minnetle...*

# ...Yazarlara Dair



Denise Applewhite



Courtesy Jon Comer

**RONALD J. COMER** 44 yıldır Princeton Üniversitesi Psikoloji Bölümünde profesör olarak çalışmaktadır ve aynı zamanda üniversitenin Kurumsal Etik Kurulu Başkanı'dır. Yakın zamanda bu bölümde emekli olan akademisyenler arasına katılmış ve anormal psikolojisi konusunda üniversite çapında verdiği çeşitli popüler derslerden ötürü Princeton Üniversitesi Seçkin Öğretim Üyesi Ödülü almıştır.

Profesör Comer aynı zamanda Rutgers Robert Wood Johnson Tıp Okulunda Aile Hekimliği ve Toplumsal Sağlık Biriminde profesör olarak görev yapmaktadır. Eden Otizm Hizmetlerinin yanı sıra New Jersey'deki birçok hastane ve yataklı aile hekimliği kliniğinde klinik psikolog ve danışman olarak çalışmaktadır.

Anormal Psikolojinin Temelleri (9. Baskı), Anormal Psikoljisi (10. Baskı) ve Etrafımızdaki Psikoloji (2. Baskı) ve Vaka Çalışmaları (2. Baskı) kitabının yanı sıra Profesör Comer, pek çok bilimsel makale yazmış ve Yüksek Öğretim Video Kütüphanesi, Anormal Psikolojisi İçin Video Antolojisi, Sinirbilimde Videolar, Psikolojiye Giriş Video Serisi ve Gelişim Psikolojisi Video Serisi gibi çok sayıda eğitim videosu programı hazırlamıştır.

Profesör Comer lisans eğimini Pennsylvania Üniversitesinde tamamlamış, lisansüstü eğitimini de Clark Üniversitesinden almıştır. Karısı Mariene ile New Jersey Lawrenceville'de yaşamını sürdürmektedir. Orada büyüdüğü yer olan Philadelphia'nın sıklıkla hüsrana uğratabilen spor takımlarını da yakından takip etmektedir.

**JONATHAN S. COMER,** Florida Uluslararası Üniversitesi Psikoloji Bölümünde profesördür ve aynı zamanda burada Akıl Sağlığı Müdahaleleri ve Teknoloji Programını da yürütmektedir. APA'nın Klinik Psikoloji Topluluğu Başkanı'dır (APA'nın 12. alt birimi) ve klinik çocuk ve ergen psikolojisi alanındaki öncülerden biridir. 130 kitap bölümü ve makale yazarı olarak girişimci müdahale yöntemleri, çocukluk kaygısı ve sorunlu davranışlar, travmatik stres, afet ve terörizm in çocuklar üzerindeki etkileri gibi konulardaki çalışmaları ile APA, Psikoljik Bilimler Derneği, Davranışçı vve Bilişsel Terapiler Derneğinden pek çok kariyer ödülü almıştır. Şu an psikopatoloji, sinir devreleri ve psikolojik sorunların nesiller arası geçişleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalara odaklanmıştır.

Anormal Psikolojinin Temelleri (9. Baskı) adlı kitabın yanı sıra Anormal Psikoloji (10. Baskı), Çocukluk Dönemi Bozukluklar (2. Baskı) gibi kitapları yazmış ayrıca diğer bazı kitaplarla birlitke Oxford Klinik Psikolojide Araştırma Yöntemleri El Kitabı'na da editörlük yapmıştır. Davranış Terapisi Dergisi adlı bilimsel derginin yardımcı editörüdür, Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Topluluğu'nun yönetim kurulundadır. Amerikan Psikologlar Derneği, Klinik Psikoloji Topluluğu ve Çocuk ve Aile Politikaları ve Uygulamaları Topluluğunun üyesidir. Ayrıca klinik psikolog olarak çalışmaktadır.

Profesör Comer, lisans eğitimini Rochester Üniversitesinde tamamlamış, lisansüstü eğitimini Temple Üniversitesinden almıştır. Şu an Güney Florida'da karısı Jami ve çocukları Delia ve Emmett ile birlikte yaşamaktadır. Hem dinleyici hem de müzik aleti çalan biri olarak müzikle yakından ilgilenmekte ve babasının ona hem sevmeyi hem nefret etmeti öğrettiği gibi sıklıkla hayal kırıklığı yaratan Philedelphia spor takımlarını yakından takip etmekten mutluluk duymaktadır.

# Kısa İçindekiler


## Bilim ve Klinik Uygulamada Anormal Psikoloji

1. Anormal Psikolojisi: Geçmişten Günümüze (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)
2. Anormallik Modelleri (Psk. Dr. Sıla Derin, *Dokuz Eylül Üniversitesi*)
3. Klinik Değerlendirme, Tanı ve Tedavi (Psk. Dr. Ezgi Göcek Yorulmaz, *Ege Üniversitesi*)

## Kaygı ve Duygudurum Sorunları

4. Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)
5. Travma ve Stres Bozuklukları (Psk. Dr. Sıla Derin, *Dokuz Eylül Üniversitesi*)
6. Depresif ve Bipolar Bozukluklar (Psk. Dr. Ezgi Göcek Yorulmaz, *Ege Üniversitesi*)
7. İntihar (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)

## Zihin ve Beden Sorunları

8. Bedensel (Somatik) Belirtiler ile İlişkili Bozukluklar (Psk. Dr. Sıla Derin, *Dokuz Eylül Üniversitesi*)
9. Yeme Bozuklukları (Psk. Dr. Ezgi Göcek Yorulmaz, *Ege Üniversitesi*)
10. Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)
11. Cinsel Bozukluklar ve Cinsiyet Farklılıkları (Psk. Dr. Sıla Derin, *Dokuz Eylül Üniversitesi*)

## Psikotik Sorunlar

12. Şizofreni ve İlişkili Bozukluklar (Psk. Dr. Ezgi Göcek Yorulmaz, *Ege Üniversitesi*)

## Yaşam Boyu Süren Sorunlar

13. Kişilik Bozuklukları (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)
14. Çocuklarda ve Ergenlerde Arasında Sık Görülen Bozukluklar (Psk. Dr. Sıla Derin, *Dokuz Eylül Üniversitesi*)
15. Yaşlanma ve Bilişsel Bozukluklar (Psk. Dr. Ezgi Göcek Yorulmaz, *Ege Üniversitesi*)

## Sonuç

16. Yasalar, Toplum ve Ruh Sağlığı Uzmanlığı (Psk. Dr. Seda Tokgünaydın Arıtürk, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi*)

# İçindekiler


Ön Söz ..... xvi

BÖLÜM 1

Anormal Psikoloji: Geçmiş ve Günümüz 1

Psikolojik Anormallik Nedir? ..... 2

Sapma ..... 3

Sıkıntı ..... 3

İşlev Bozukluğu ..... 4

Tehlike ..... 4

Anormalliğin Anlaşılması Zor Doğası ..... 4

Tedavi Ne Demektir? ..... 6

Anormallik Geçmişte Nasıl Görülürdü ve Tedavi Edilirdi? ..... 7

Geçmişteki Görüşler ve Tedaviler ..... 7

Yunanlılar ve Romalıların Görüşleri ve Tedavileri ..... 8

Orta Çağ'da Avrupa: Şeytan Biliminin Geri Dönüşü ..... 8

Rönesans ve Akıl Hastanelerinin Ortaya Çıkışı ..... 9

On Dokuzuncu Yüzyıl: Reform ve İnsani Tedavi ..... 10

Yirminci Yüzyılın Başları: Somatojenik ve Psikojenik Perspektif ..... 11

Son Yıllar ve Güncel Yaklaşımlar ..... 14

Ağır Düzeyde Rahatsızlığı Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir? ..... 14

Hafif Düzeyde Rahatsızlığı Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir? ..... 15

Bozuklukları Önlemeye ve Ruh Sağlığını Geliştirmeye Verilen Önemde Artış ..... 16

Psikolojide Çok Kültürlülük ..... 16

Sigorta Kapsamının Artan Etkisi ..... 18

Günümüzde Öne Çıkan Kuramlar ve Meslekler ..... 19

Teknoloji ve Ruh Sağlığı ..... 19

Klinik Araştırmacılar Ne Yapar? ..... 21

Vaka Çalışması ..... 21

Korelasyonel Yöntem ..... 22

Deneysel Yöntem ..... 25

Diğer Araştırma Desenleri ..... 27

Klinik Araştırmaların Sınırlılıkları ..... 30

İnsan Katılımcıları Koruma ..... 30

Moving Forward ..... 32

Anahtar Terimler ..... 33

Hızlı Kısa Sınav ..... 33

BaşlatmaÇubuğu ..... 33

PSİKOLOJİK GÖZLEM Sözel İfadeler ..... 2

PSİKOLOJİK GÖZLEM Sıra Dışı Bir Yaşam Tarzı Seçmek: Eksantrikler ..... 5

BİLGİ MERKEZİ Mutluluk ..... 17

AKIL VE TEKNOLOJİ Sosyal Medyanın Kullanımı ve Kötüye Kullanımı ..... 31

BÖLÜM 2

Biyolojik Model ..... 35

Biyolojik Model ..... 37

Biyolojik Yönelimli Kuramcılar Anormal Davranışı Nasıl Açıklamaktadır? ..... 37

Biyolojik Tedaviler ..... 40

Biyolojik Modelin Değerlendirilmesi ..... 42

Psikodinamik Model ..... 43

Freud Normal ve Anormal İşlevleri Nasıl Açıkladı? ..... 43

Diğer Psikodinamik Açıklamalar Freud'un Açıklamalarından Nasıl Farklılaşmaktadır? ..... 45

Psikodinamik Terapiler ..... 45

Psikodinamik Modelin Değerlendirilmesi ..... 48

Bilişsel-Davranışçı Model ..... 48

Davranışsal Boyut ..... 49

Bilişsel Boyut ..... 50

Bileşsel-Davranışçı Karşılıklı Etkileşim ..... 51

Bilişsel-Davranışçı Modelin Değerlendirilmesi ..... 52

Hümanistik-Varoluşçu Model ..... 55

Rogers'ın Hümanistik Kuramı ve Terapisi ..... 56

Gestalt Kuramı ve Terapisi ..... 57
Manevi Bakış Açıları ve Müdahaleler ..... 58
Varoluşçu Kuramlar ve Terapi ..... 58
Hümanistik-Varoluşçu Modelin Değerlendirilmesi ..... 59

**Sosyokültürel Model: Aile-Sosyal ve Çok Kültürlü Bakış Açıları** ..... 60
Aile-Sosyal Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar? ..... 60
Aile-Sosyal Bakış Açısı Odaklı Tedaviler ..... 62
Çok Kültürlü Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar? ..... 66
Çok Kültürlü Tedaviler ..... 67
Sosyokültürel Modelin Değerlendirilmesi ..... 67

**Modelleri Bütünleştirmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı** ..... 68
**... Anahtar terimler** ..... 71
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 71
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 71
TRENDLER Tv'deki İlaç Reklamları Mercek Altında ..... 41
BİLGİ MERKEZİ Bilinçli Farkındalık ..... 54
AKIL VE TEKNOLOJİ Avatarınız, Avatarımı Telefon ile Arayabilir ..... 63

BÖLÜM 3

**KLİNİK DEĞERLENDİRME, TANI VE TEDAVİ** ..... 73

**Klinik Değerlendirme: Danışan Nasıl ve Neden Anormal Davranır?** ..... 73
Değerlendirme Araçlarının Özellikleri ..... 74
Klinik Görüşmeler ..... 75
Klinik Testler ..... 77
Klinik Gözlemler ..... 86

**Tanı: Danışanın Sorunu Bilinen Bir Bozuklukla Eşleşiyor mu?** ..... 88
Sınıflandırma Sistemleri ..... 88
DSM-5 ..... 89
DSM-5 Gerçekten Etkili Bir Sınıflandırma Sistemi mi? ..... 91
Değişim Çağrısı ..... 92
Tanı ve Etiketleme Zarar Verebilir mi? ..... 92

**Tedavi: Danışana Nasıl Yardım Edilebilir?** ..... 94
Tedaviye Karar Verme ..... 95
Tedavinin Etkililiği ..... 96

**Klinik Değerlendirmeyi Gelecekte Ne Bekliyor?** ..... 98
**... Anahtar terimler** ..... 99
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 99
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 99
AKIL VE TEKNOLOJİ Psikolojinin WikiLeaks'i mi? ..... 78
TRENDLER Gerçeği, Tüm Gerçeği ve Yalnızca Gerçeği Söyleyeceğim ..... 83
BİLGİ MERKEZİ DSM: Büyük Resim ..... 93

BÖLÜM 4

**Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar** ..... 101

**Yaygın Kaygı Bozukluğu** ..... 102
Sosyokültürel Yaklaşım: Toplumsal ve Çok Kültürlülüğe Dair Faktörler ..... 103
Psikodinamik Yaklaşım ..... 105
İnsancıl Yaklaşım ..... 106
Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ..... 107
Biyolojik Yaklaşım ..... 110

**Fobiler** ..... 113
Özgül Fobi ..... 113
Agorafobi ..... 115
Fobilere Ne Sebep Olur? ..... 115
Fobiler Nasıl Tedavi Edilir? ..... 117

**Sosyal Kaygı Bozukluğu** ..... 120
Sosyal Kaygı Bozukluğuna Ne Sebep Olur? ..... 121
Sosyal Kaygı Bozukluğu İçin Tedaviler ..... 122

**Panik Bozukluk** ..... 123
Biyolojik Yaklaşım ..... 124
Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ..... 126

**Obsesif Kompulsif Bozukluk** ..... 128
Obsesyon ve Kompulsiyonların Özellikleri Nelerdir? ..... 128

Psikodinamik Yaklaşım ... 129
Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ... 130
Biyolojik Yaklaşım ... 132
Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkili Bozukluklar ... 133

**Yaklaşımların Bütünleştirilmesi: Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı** ... 135
**... Anahtar terimler** ... 137
**... Hızlı Kısa Sınav** ... 137
**BaşlatmaÇubuğu** ... 137

TRENDLER Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Artık Sadece Çocuklarda Görülmüyor ... 104
BİLGİMERKEZİ Korku ... 114
AKIL VE TEKNOLOJİ Sosyal Medya Gerginliği ... 122

BÖLÜM 5

**Travma ve Stres Bozuklukları** ... 139

**Stres ve Uyarılma: Savaş ya da Kaç Tepkisi** ... 140

**Akut ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları** ... 142

Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Ne Tetikler? ... 144
İnsanlar Neden Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukları Geliştirir? ... 148
Klinisyenler Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Nasıl Tedavi Eder? ... 153

**Disosiyatif Bozukluklar** ... 157

Disosiyatif Amnezi ... 157
Disosiyatif Kimlik Bozukluğu ... 160
Kuramcılar Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğunu Nasıl Açıklar? ... 163
Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir? ... 166
Kendine Yabancılaşma-Gerçekdışılık Bozukluğu ... 168

**Travma ve Stresle Başla Çıkmak** ... 170
**... Anahtar terimler** ... 171
**... Hızlı Kısa Sınav** ... 171
**BaşlatmaÇubuğu** ... 171

BİLGİ MERKEZİ Cinsel Saldırı ... 147
AKIL VE TEKNOLOJİ Sanal Gerçelik Terapisi: Gerçeğinden Daha mı İyi? ... 155
PSİKOLOJİK GÖZLEM Bastırılmış Çocukluk Anıları mı Yoksa Sahte Anı Sendromu mu? ... 159
PSİKOLOJİK GÖZLEM Belleğin Tuhaf Özellikleri ... 164

BÖLÜM 6

**Depresif ve Bipolar Bozukluklar** ... 173

**Tek Uçlu Depresyon: Depresif Bozukluklar** ... 174

Tek Uçlu Depresyon Ne Kadar Yaygın? ... 174
Depresyonun Belirtileri Nelerdir? ... 174
Tek Uçlu Depresyon Tanısı ... 176
Stres ve Tek Uçlu Depresyon ... 177
Tek Uçlu Depresyonun Biyolojik Modeli ... 177
Tek Uçlu Depresyonun Psikolojik Modelleri ... 187
Tek Uçlu Depresyonun Sosyokültürel Modeli ... 195
Modelleri Entegre Etmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakışı ... 200

**İki Uçlu (Bipolar) Bozukluklar** ... 201

Maninin Belirtileri Nelerdir? ... 201
İki Uçlu Bozukluk Tanısı ... 202
İki Uçlu Bozukluğa Neler Sebep Olur? ... 204
İki Uçlu Bozukluk İçin Tedaviler Nelerdir? ... 206

**Bildiklerimizi Anlamlandırmak** ... 208
**... Anahtar Terimler** ... 209
**... Hızlı Kısa Sınav** ... 209
**BaşlatmaÇubuğu** ... 209

PSİKOLOJİK GÖZLEM En Mutlu Anlardaki Hüzün ... 179
BİLGİMERKEZİ Egzersiz ve Beslenme Takviyesi ... 182
AKIL VE TEKNOLOJİ Mesajlaşma: İlişkiyi Güçlendirir mi? 190
PSİKOLOJİK GÖZLEM Anormallik ve Yaratıcılık: İnce Bir Çizgi ... 204

BÖLÜM 7

**İntihar** ... 211

**İntihar Nedir?** ... 212

İntihara Dair Araştırmalar Nasıl Yapılıyor? ... 215
İntihar Örüntüleri ve İstatistikler ... 215

**Bir İntiharı Ne Tetikler?** ... 217

Stresli Olaylar ve Durumlar ... 217

Duygudurum ve Düşünce Değişiklikleri ..... 218
Alkol ve Madde Kullanımı ..... 219
Zihinsel Rahatsızlıklar ..... 219
Model Olma: İntiharın Bulaşıcılığı ..... 220

**İntiharın Temel Nedenleri Nelerdir?** ..... 221
Psikodinamik Yaklaşım ..... 221
Durkheim'ın Sosyokültürel Yaklaşımı ..... 222
Kişilerarası Yaklaşım ..... 223
Biyolojik Yaklaşım ..... 224

**İntihar Yaş ile İlişkili mi?** ..... 225
Çocuklar ..... 225
Ergenler ..... 226
Yaşlılar ..... 228

**İntihar ve Müdahaleler** ..... 230
İntihar Teşebbüsü Sonrasında Hangi Müdahaleler Kullanılır? ..... 230
İntiharı Önleme Nedir? ..... 231
İntiharı Önleme Programları İşe Yarıyor mu? ..... 233

**Psikolojik ve Biyolojik Yaklaşımların Geride Kalması Geride Kalması** ..... 234
**Anahtar terimler** ..... **235**
**Hızlı Kısa Sınav** ..... **235**
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 235
TRENDLER İnternet Korkuları ..... 216
BİLGİ MERKEZİ İntihar Ederek Ölme Hakkı ..... 229

BÖLÜM 8

**Bedensel (Somatik) Belirtiler ile İlişkili Bozukluklar** ..... 237

**Yapay Bozukluk** ..... 238

**Konversiyon Bozukluğu ve Bedensel Belirti Bozukluğu** ..... 241
Konversiyon Bozukluğu ..... 241
Bedensel Belirti Bozukluğu ..... 242
Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozukluklarına Ne Sebep Olur? ..... 244
Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozuklukları Nasıl Tedavi Edilir? ..... 247

**Hastalık Kaygısı Bozukluğu** ..... 248

**Psikofizyolojik Bozukluklar: Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Psikolojik Etkenler** ..... 249
Klasik Psikofizyolojik Bozukluklar ..... 249
Yeni Psikofizyolojik Bozukluklar ..... 254

**Fiziksel Hastalıklarda Psikolojik Tedaviler** ..... 259
Gevşeme Eğitimi ..... 259
Biyolojik Geri Bildirim ..... 259
Meditasyon ..... 260
Hipnoz ..... 260
Bilişsel-Davranışçı Müdahaleler ..... 261
Destek Grupları ve Duyguları İfade Etme ..... 261
Birleştirilmiş Yaklaşımlar ..... 262

**Anormal Psikolojinin Sınırlarını Genişletmek** ..... 262
**Anahtar Terimler** ..... **263**
**Hızlı Kısa Sınav** ..... **263**
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 263
PSİKOLOJİKGÖZLEM Vekâleten Munchausen Sendromu 240
AKIL VE TEKNOLOJİ Sosyal Medya "Kitlesel Histeriyi" Yayabilir mi? ..... 245
BİLGİ MERKEZİ Uyku ve Uyku Bozuklukları ..... 252

BÖLÜM 9

**Yeme Bozuklukları** ..... 265

**Anoreksiya Nervoza** ..... 266
Klinik Tablo ..... 267
Tıbbi Sorunlar ..... 268

**Bulimia Nervoza** ..... 268
Tıkınmalar ..... 270
Telafi Davranışları ..... 271
Bulimia Nervozaya Karşı ..... 272

**Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu** ..... 272

**Yeme Bozukluklarına Neler Sebep Olur?** ..... 275
Psikodinamik Faktörler ..... 275
Bilişsel Davranışçı Faktörler ..... 276
Depresyon ..... 276

Biyolojik Faktörler ..... 277
Toplumsal Baskı ..... 279
Aile Ortamı ..... 280
Çok Kültürlü Faktörler: Irksal ve Etnik Farklılıklar ..... 281
Çok Kültürlü Faktörler: Cinsiyet Farklılıkları ..... 282

**Yeme Bozukluklarında Hangi Tedaviler Kullanılır?** ..... 283
Anoreksiya Nervoza İçin Tedaviler ..... 283
Bulimia Nervoza İçin Tedaviler ..... 286
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu İçin Tedaviler ..... 289

**Yeme Bozukluklarını Önlemek: Gelecek Trendi** ..... 290
**... Anahtar terimler** ..... 291
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 291
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 291
BİLGİ MERKEZİ Bedenden Memnun Olmama ..... 273
AKIL VE TEKNOLOJİ İnternetin Karanlık Yüzü ..... 277
TRENDLER Beden Utandırıcıları ..... 288

BÖLÜM 10

**Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları** ..... 293
**Depresanlar** ..... 295
Alkol ..... 295
Yatıştırıcı Hipnotik İlaçlar ..... 299
Opiyatlar ..... 299
**Uyarıcılar** ..... 303
Kokain ..... 303
Amfetaminler ..... 306
Uyarıcı Kullanım Bozukluğu ..... 307
**Halüsinojenler, Esrar ve Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı** ..... 307
Halüsinojenler ..... 308
Esrar ..... 309
Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı ..... 312
**Madde Kullanım Bozukluğuna Ne Sebep Olur?** ..... 313
Sosyokültürel Yaklaşım ..... 313
Psikodinamik Yaklaşım ..... 314
Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ..... 314
Biyolojik Yaklaşım ..... 315
Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı ..... 317
**Madde Kullanım Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir?** ..... 319
Psikodinamik Terapiler ..... 319
Bilişsel Davranışçı Terapiler ..... 319
Biyolojik Tedaviler ..... 321
Sosyokültürel Terapiler ..... 322
**Diğer Bağımlılık Bozuklukları** ..... 325
Kumar Oynama Bozukluğu ..... 325
İnternette Oyun Oynama Bozukluğu: Resmî Statü İçin Kabulü Bekleniyor ..... 326
**Bilindik Bir Hikâyede Yeni Gelişmeler** ..... 326
**... Anahtar terimler** ..... 327
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 327
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 327
PSİKOLOJİK GÖZLEM Üniversitelerde Aşırı Alkol Tüketimi: Müfredat Dışı Bir Sorun ..... 297
TRENDLER Opiyat Krizi ..... 302
BİLGİ MERKEZİ Sigara İçme, Tütün ve Nikotin ..... 305

BÖLÜM 11

**Cinsel Bozukluklar ve Cinsiyet Farklılıkları** ..... 329
**Cinsel İşlev Bozuklukları** ..... 330
İstek Bozuklukları ..... 330
Uyarılma Bozuklukları ..... 334
Orgazm Bozuklukları ..... 336
Cinsel Ağrı Bozuklukları ..... 340
**Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi** ..... 341
Cinsel Terapinin Genel Özellikleri Nelerdir? ..... 341
Belirli Türdeki Cinsel İşlev Bozukluklarını Tedavi Etmek İçin Hangi Teknikler Kullanılır? ..... 343
Cinsel Terapide Güncel Yaklaşımlar Nelerdir? ..... 347
**Parafili Bozuklukları** ..... 347

Fetişizm Bozukluğu ..... 349
Travesti Bozukluğu ..... 350
Göstermecilik Bozukluğu ..... 351
Gözetlemecilik Bozukluğu ..... 351
Sürtünmecilik Bozukluğu ..... 352
Pedofili Bozukluğu ..... 352
Cinsel Mazoşizm Bozukluğu ..... 354
Cinsel Sadizm Bozukluğu ..... 354

**Cinsiyet Farklılıkları** ..... 356
Transeksüellik ..... 356
Cinsiyetinden Yakınma ..... 358

**Kişiye Özel Konular Toplumun Dikkatini Çekiyor** ..... 360
**... Anahtar terimler** ..... 361
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 361
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 361
BİLGİ MERKEZİ Yaşam Döngüsü Boyunca Cinsellik ..... 333
PSİKOLOJİK GÖZLEM Cinsiyetçilik, Viagra ve Doğum Kontrol Hapı ..... 345
AKIL VE TEKNOLOJİ "Cinsel İçerikli Mesajlaşma": Sağlıklı mı Yoksa Patolojik mi? ..... 348

BÖLÜM 12

**Şizofreni ve İlişkili Bozukluklar** ..... 363

**Şizofreninin Klinik Tablosu** ..... 365
Şizofreninin Belirtileri Nelerdir? ..... 365
Şizofreninin Seyri Nasıldır? ..... 369

**Kuramcılar Şizofreniyi Nasıl Açıklar?** ..... 370
Biyolojik Görüş ..... 370
Psikolojik Görüş ..... 375
Sosyokültürel Görüş ..... 376
Gelişimsel Psikopatoloji Görüşü ..... 378

**Şizofreni ve Diğer Ciddi Ruhsal Bozukluklar Nasıl Tedavi Edilir?** ..... 380
Geçmişteki Kurumsal Bakım Hizmeti ..... 381
Kurumsal Bakım Hizmeti Daha İyiye Gidiyor ..... 382
Antipsikotik İlaçlar ..... 383
Psikoterapi ..... 386
Toplum Yaklaşımı ..... 390

**Önemli Bir Ders** ..... 394
**... Anahtar Terimler** ..... 395
**... Hızlı Kısa Sınav** ..... 395
**BaşlatmaÇubuğu** ..... 395
BİLGİ MERKEZİ Halüsinasyonlar ..... 367
PSİKOLOJİK GÖZLEM Postpartum Psikoz: Tehlikeli Bir Sendrom ..... 372
PSİKOLOJİK GÖZLEM Lobotomi: Bir Şey Nasıl Olabilir? 384
AKIL VE TEKNOLOJİ İşitsel Halüsinasyonlara Yüz Eklemek ..... 388

BÖLÜM 13

**Kişilik Bozuklukları** ..... 397

**"Eksantrik" Kişilik Bozuklukları** ..... 399
Paranoid Kişilik Bozukluğu ..... 399
Şizoid Kişilik Bozukluğu ..... 401
Şizotipal Kişilik Bozukluğu ..... 403

**"Dramatik" Kişilik Bozuklukları** ..... 405
Antisosyal Kişilik Bozukluğu ..... 405
Sınırda Kişilik Bozukluğu ..... 410
Histriyonik Kişilik Bozukluğu ..... 415
Narsisistik Kişilik Bozukluğu ..... 417

**"Kaygılı" Kişilik Bozuklukları** ..... 420
Çekingen Kişilik Bozukluğu ..... 420
Bağımlı Kişilik Bozukluğu ..... 423
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ..... 425

**Çok Kültürlü Faktörler: İhmal Edilen Bir Araştırma Alanı** ..... 427

**Kişilik Bozukluklarını Sınıflandırmanın Daha İyi Bir Yolu Var mıdır?** ..... 428
Kişilik ve Kişilik Bozuklukları İçin Beş Büyük Faktör Kuramı ..... 430
Belirli Kişilik Özellikleri ile Belirlenmiş Kişilik Bozukluğu: DSM-5'te Önerilen Boylamsal Yaklaşım ..... 430

Yeniden Keşfedildi ve Yeniden Değerlendirildi ..... 432
... Anahtar Terimler ..... 433
... Hızlı Kısa Sınav ..... 433
BaşlatmaÇubuğu ..... 433
TRENDLER Toplu Cinayetler: Bu Şiddet Nereden Geliyor? ..... 408
AKIL VE TEKNOLOJİ Özçekimler: Narsisistik mi Değil mi? ..... 419
BİLGİMERKEZİ Karanlık Üçlü ..... 429

BÖLÜM 14

Çocuklarda ve Ergenlerde Sık Görülen Bozukluklar ..... 435
Çocukluk ve Ergenlik Dönemi ..... 436
Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları ..... 438
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık ..... 439
Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarına Yönelik Tedaviler ..... 440
Çocukluk Çağı Depresyon ve Bipolar Bozuklukları ..... 440
Majör Depresyon Bozukluğu ..... 441
Bipolar Bozukluk ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu ..... 443
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu ..... 444
Davranım Bozukluğunun Nedenleri Nelerdir? ..... 445
Klinisyenler Davranım Bozukluğunu Nasıl Tedavi Eder? ..... 445
Dışa Atım Bozuklukları ..... 448
Enürezis ..... 448
Enkoprezis ..... 448
Nörogelişimsel Bozukluklar ..... 450
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ..... 450
Otizm Spektrum Bozukluğu ..... 454
Entelektüel Yetersizlik ..... 460
Klinisyenler Çocukluk ve Ergenlik Dönemini Keşfediyor ..... 468
... Anahtar terimler ..... 469
... Hızlı Kısa Sınav ..... 469
BaşlatmaÇubuğu ..... 469
BİLGİ MERKEZİ Çocuk ve Ergenlerde Zorbalık ..... 437
PSİKOLOJİK GÖZLEM Çocuk İstismarı ..... 442
PSİKOLOJİK GÖZLEM Okuma ve 'Azma ve 'Ritmetik ..... 463

BÖLÜM 15

Yaşlanma ve Bilişsel Bozukluklar ..... 471
Yaşlılık ve Stres ..... 472
İleri Yaşlarda Depresyon ..... 474
İleri Yaşlarda Kaygı Bozuklukları ..... 475
İleri Yaşlarda Madde Kötüye Kullanımı ..... 476
İleri Yaşlarda Psikotik Bozukluklar ..... 478
Bilişsel Bozukluklar ..... 479
Deliryum ..... 479
Alzheimer Hastalığı ve Diğer Nörobilişsel Bozukluklar ..... 480
Yaşlılıkta Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler ..... 491
Klinisyenler Yaşlılığı Keşfediyor ..... 492
... Anahtar terimler ..... 493
... Hızlı Kısa Sınav ..... 493
BaşlatmaÇubuğu ..... 493
PSİKOLOJİK GÖZLEM Yaşlıların Yaşlısı ..... 473
BİLGİ MERKEZİ Yaşlanan Nüfus ..... 477
AKIL VE TEKNOLOJİ Tweet Atmayı Unutma, Unutmamak İçin Tweet At ..... 480
TRENDLER Beyne Zarar Vermek: Amerikan Futbolu ve KTE ..... 488

BÖLÜM 16

Yasalar, Toplum ve Ruh Sağlığı Uzmanlığı ..... 495
Yasalar ve Ruh Sağlığı ..... 496
Klinisyenler Ceza Adalet Sistemini Nasıl Etkiler? ..... 496
Yasama ve Yargı Sistemleri Ruh Sağlığını Nasıl Etkiler? ..... 504

Klinik Alan ile Hukuk Alanı Başka Hangi Şekillerde Etkileşimde Bulunur? ... 508

**Hangi Etik İlkeler Ruh Sağlığı Uzmanlarına Yol Gösterir?** ... 512

**Ruh Sağlığı, İş Hayatı ve Ekonomi** ... 515

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İş Yerine Taşınması ... 515

Ruh Sağlığı Ekonomisi ... 515

**Teknoloji ve Ruh Sağlığı** ... 516

**Peki, ya Ruh Sağlığı Uzmanın Durumu?** ... 518

**Kapsamlı ve Büyük Bir Sistem** ... 520

**Anahtar Terimler** ... 521

**Hızlı Kısa Sınav** ... 521

**BaşlatmaÇubuğu** ... 521

PSİKOLOJİK GÖZLEM Ünlü Akıl Hastalığı Savunma Vakaları ... 499

PSİKOLOJİK GÖZLEM Seri Katiller: Delilik mi? Kötülük Mü? ... 511

TRENDLER. Doktorlar Zarar Vermez ... 514

BİLGİ MERKEZİ Kişisel ve Profesyonel Konular ... 519

**Sözlük** ... G-1

**Referanslar** ... R-1

**İsim Dizini** ... N-1

**Konu Dizini** ... S-1

# Ön Söz

**Ron Comer**

13 yaşındaki oğlum Jon'un zaman zaman Princeton'daki 400 öğrencilik anormal psikoloji derslerime katılmasının sevimli bulurdum. Rochester Üniversitesinde ilk psikoloji dersini almasını ise ilginç, lisansta aldığı anormal psikoloji dersinde benim ders kitabımın kullanılmasını eğlenceli buldum. Sınıf arkadaşları için kitabımın kopyalarını imzalatırken kendimi biraz huzursuz hissettim, psikoloji alanında uzmanlaşmaya karar vermesine şaşırdım ve Temple Üniversitesinde klinik psikoloji yüksek lisans programına girmesinden ise çok hoşnut oldum. Ancak Jon'un o andan itibaren profesyonel olarak vardığı nokta, benim için inanması zor bir şeydi ve itiraf edeyim, ben kolay kolay böyle şaşkınlıklar yaşamam.

O, artık günümüzün en üretken ve etkili araştırmacılarından biri, klinik alanda bir lider, muhteşem bir öğretmen ve son derece ilgili ve bilge bir klinisyen hâline geldi. Bunların sadece birazı benim sayemde gerçekleşti, çoğu onun entelektüel yetenekleri ve olağanüstü iş ahlakı ve yıllardır ona rehberlik eden bu alandaki devlerle -özellikle de Dave Barlow, Phil Kendall, Dante Cicchetti, Bill Pelham, Anne Marie Albano ve Mark Olfson ile- ilgili. Yine de benim azıcık katkım olduğunu da görüyorum.

Jon'un Boston Üniversitesinde ve şimdi de Florida Uluslararası Üniversitesinde gelişmekte olan kariyerinin bir noktasında cevaplanması güç olan bir soru gündeme geldi: Anormal psikoloji ders kitaplarım olan *Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji*'de ortak yazar olarak bana katılmalı mı? Bu ders kitaplarının piyasada olduğu 35 yıl boyunca Jon'un bu kitaplarda ortak yazar olma olasılığını hiç düşünmemiştim. O zamana kadar daha çok onun alanında iz bırakmakla meşgul olduğunu; Amerikan Psikoloji Derneği ve diğer kuruluşlardan birden fazla kariyer ödülü almak, APA'nın Klinik Psikoloji Derneği Başkanı olarak seçilmek, 130'dan fazla bilimsel makale yazmak ve buna benzer pek çok işe meşgul olduğuna inanıyordum. Ama ne demişler: "Eğer Tanrı'yı güldürmek istiyorsan ona planlarından bahset." Şu işe bakın ki Jon ve ben artık bu kitapların ortak yazarlarıyız.

En nihayetinde Jon'dan bu girişimde bana katılmasını isteme kararım gayet doğal bir şeydi. Ders kitabı yazarları yaşlandıkça yayıncılar olası ortak yazarlar ararlar (kırılgan egomu ve gelişen ahlak anlayışımı korumak için açıklanmayan nedenlerle). Bana göre ideal bir ortak yazarın, benim özel uzmanlık alanlarımı tamamlayacak ve gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, teknoloji temelli ve yeni tedavi yaklaşımları, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, beyin devreleri ve benzer daha pek çok alanda özel bilgiler ile katkı sunacak, oldukça başarılı bir araştırmacı ve yazar olması gerektiği açıktı. Ve o kişinin Jon olduğu aşikârdı. Üstelik Jon, çeşitli yayınevlerinden anormal psikoloji ders kitaplarını yazması için teklifler alıyordu ve bir Comer ders kitabının başka bir Comer ders kitabıyla rekabet etmesi fikri benim için çok zordu. (Daha evvel size kırılgan egomdan bahsetmiş miydim?) Ve elbette kişisel olarak derinden saygı duyduğum ve çok sevdiğim biriyle iş birliği yapma olasılığı, kaçırılamayacak kadar çekici bir fırsattı. Böylece Jon ve ben, *Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji* kitaplarının güncel baskıları ile okuyucuların çok şey öğreneceğini ve büyük yarar sağlayacağını umduğumuz ve inandığımız yeni bir yolculuğa başladık.

**Jon Comer**

Yaklaşık yirmi yıl önce müzik bölümünde okumak amacıyla Rochester Üniversitesine girdim. Ama kısa sürede fark ettim ki devam eden müzik sevgime rağmen klinik psikoloji alanındaki çalışmalar beni daha fazla büyülüyordu. Lisans eğitimimdeki iki önemli deneyim beni klinik alana yönlendirdi ve bu alanda çalışmanın nihayetinde profesyonel hayatımın merkezinde olması gerektiğini anlamamı sağladı.

İlk deneyim, beni gelişimsel psikopatolojiyle -psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler arasındaki dinamik etkileşimlerin hem normal hem de anormal insan işleyişini ortaya çıkarmak için zaman içinde nasıl geliştiğine odaklanan onun "nöronlardan çevreye" bakış açısı ile- tanıştıran, bulaşıcı bir biçimde tutkulu bir

araştırmacı ve profesör olan Dante Cicchetti'den bir psikoloji dersi almaktı (ve de tabii ki daha sonra da onun laboratuvarında çalışmak). Bu kapsamlı bakış açısının bireysel farklılıkları açıklama, etkileşim içinde olan nedensel faktörleri benimseme ve önleyici müdahaleler ve tedavi yaklaşımlarının yapılandırılmasına anlamlı bir şekilde katkı sağlama gücü beni heyecanlandırdı. Gelişimsel psikopatoloji bakış açısı bugün hâlâ araştırmalarımın ve düşüncelerimin çoğuna açık bir şekilde rehberlik etmektedir.

Lisans eğitimimdeki ikinci etkili deneyim, benzersiz bir ders kitabının gücüydü. İkinci sınıfın sonbaharında anormal psikoloji dersine kaydoldum ve ders izlencesinde tanıdık bir isim buldum: "Comer"... "Bu ders için gerekli olan, Ronald Comer'in *Anormal Psikoloji* (İkinci Baskı) kitabı." şeklinde. O zamanlar babamın işi hakkında özellikle derin bir anlayışa sahip değildim. Bu kitabı yazmak için çok çalıştığını ve pek çok yüksekokul ve üniversitede bu kitabın okutulduğunu biliyordum ama hiçbir zaman ara sıra oturup da birkaç paragraftan fazlasını okumamıştım. Ama şimdi, onun bu kitabı baştan sona okunması gereken kitaplar listemdeydi.

Ders için olan bölümleri okurken kitabın etkileyici yazı stili, psikolojik bozuklukları olan kişilere yönelik empati içeren tanımlamaları, klinik araştırma ve uygulamanın harmanlanması ve güncel olaylar ile popüler kültürün stratejik birleşimi beni büyüledi. Ayrıca kitabın karmaşık fikirleri son derece okunabilir ve anlaşılması kolay materyallere nasıl dönüştürdüğüne de hayran kaldım. Kitap, klinik psikolojiyi en büyük cevapların çoğu hâlâ gelecekte olan canlı ve gelişen bir bilim olarak sunmayı başardı. Bu alanın bağımlısı olmuştum, bu benim için uygun bir alandı.

Aile bağları göz önüne alındığında bu ders kitabına bu kadar olumlu yaklaşmak konusunda ön yargılıymışım gibi görünebileceğinin farkındayım. Bununla birlikte aslında tamamen aksi bir durumun var olduğunu söyleyebilirim -o zamanlar ergenlik döneminin sonlarındaydım ve itiraf etmeliyim ki o yıllarda babamı kesinlikle çok da fazla takdir etmek istemiyordum.

Genç bir lisans öğrencisi olarak geçirdiğim zamandan şu anki akademik ve profesyonel rollerime kadar geçen 20 yılda bu olağanüstü kitapla ilgili deneyimlerimde yalnız olmadığımı sürekli olarak hatırlatan şeyler oldu. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinden alanın kıdemli liderlerinin çoğuna kadar sayısız kişi, babamın ders kitabıyla -ister öğrenci olarak ister eğitmen olarak veya (sadece kendi olarak) her ikisi olarak- ne kadar özel bir deneyim yaşadıklarını bana anlattı.

*Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji* kitaplarında ortak yazar olarak yer alma fırsatı doğduğunda bu ihtimali düşünmek benim için hiç de kolay olmadı. Hâlihazırda olağanüstü olan bu kitapların genişletilmesine geçmiş deneyimlerim ve uzmanlık alanlarımla katkı sağlamak benim için bir ayrıcalıktı. Örneğin babamla birlikte bu kitaplarda giderek daha da etkili olan gelişimsel psikopatoloji bakış açısına ve anormalliğe dair biyopsikososyal yaklaşımın açıklamasına çağdaş bir vurgu yapmak için çalıştık. Psikoloji alanında bir eğitmen olarak bu alanın elçisi, öğrencilere büyüleyici bir alan sunabilen, onları bu konuda heyecanlandırabilen ve onlara devam eden entelektüel ve mesleki gelişimlerini etkileyebilecek içgörüler sağlayabilen biri olarak rolümü her zaman ciddiye aldım. *Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji* kitaplarının yeni baskılarında ortak yazar olarak yer almak, bana bu elçiliği genişletmek ve daha önce hayal edebileceğimden daha fazla sayıda öğrenciye ulaşmak için özel bir fırsat sağladı. Çok minnettarım.

Daha kişisel anlamda bu projede yer almanın bana verdiği en büyük zevk, yıllar boyunca pek çok kişinin eğitimine ve yetiştirilmesine katkı sağlamış eşsiz bir eğitimci ve yazar olan babam Ronald Comer'ın rehberliğinde bunu yapmaktı. Onunla çalışmak bana alandaki karmaşık bilgileri en iyi şekilde nasıl aktarabileceğim ve zihinsel işlev bozukluğunu ve insanın yaşadığı sıkıntıyı onun bütün o eşsiz empati, değer ve mizah karışımıyla nasıl saygılı bir şekilde tanımlayabileceğim konusunda "ustadan" öğrenmek için gıpta ile bakılan ön sıradan bir yer verdi. Büyük bir bilgelikle, sağduyuyla, sabırla, özveriyle ve sevgiyle bana bu projede -hayatımdaki pek çok deneyimde olduğu gibi- rehberlik yaptı. Bu alanda onun benzersiz yeteneklerinin dokunduğu kişilerden kendini şanslı hissetmeyen yoktur. Ama benden daha fazla değil.

**Ron & Jon Comer**

*Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji* kitaplarının yanı sıra elinizdeki bu ders kitabı, aslında bu kitaplar on dokuzuncu baskısı gibidir. Bu ders kitabı yolculuğu severek yapılan bir iş ama aynı zamanda bu yolculuğa çok büyük miktarda çalışmanın ve emeğin eşlik ettiğini söylemek gerek, uykusuz geçen sayısız geceden bahsetmiyoruz bile. Bu konuya yalnızca birinci sınıf sızlanmacılar olduğumuz için değil, aynı zamanda her baskıya geçmiş baskıların yüzeysel bir güncellemesinden ziyade tamamen yeni bir girişim olarak yaklaştığımızı vurgulamak için değiniyoruz. Amacımız, kitabın içeriğe ve eğitsel yönlerine tamamen en baştan yeni bir kitap yazıyormuş gibi yaklaşarak her baskıyı taze hâle getirmekti. Sonuç olarak her baskı bu çabayla bu alandaki ve dünyadaki yeni gelişmeleri yansıtan, yenilikçi ve aydınlatıcı eğitsel tekniklerle okuyuculara sunulan en güncel içeriği kapsar hâle geldi.

Bunu akılda tutarak ve Jon'un uzmanlık alanlarını da dâhil ederek *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin bu baskısına geçmişteki öğrenciler ve eğitmenler tarafından oldukça beğenilen başarılı temalar, materyaller ve yaklaşımları koruduk ama aynı zamanda birçok yeni materyal ve birçok heyecan verici yeni özellik de ekledik. Sonuç olarak inanıyoruz ki bu kitap; okuyucuları daha da heyecanlandıracak, onlara hitap edecek ve zamanlarına değecek bir kitap. Bu kitapta anormal psikoloji alanına olan tutkumuzu aktarmaya çalıştık ve bu girişimde meslektaşlarımızın- bu ders kitabını yıllar boyunca kullanmış olan öğrencilerin ve profesörlerin- cömert geri bildirimlerini temel aldığımızı da vurgulamakta fayda var.

## Yeni ve Genişletilmiş Özellikler

*Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin bu baskısı son birkaç yılda anormal psikoloji, eğitim ve yayıncılık alanlarında ve dünyada meydana gelen birçok değişikliği yansıtmaktadır. Bu doğrultuda mevcut baskıya bir dizi yeni özellik ve değişiklik getirdik.

**•YENİ• Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı** *Gelişimsel psikopatoloji bakış açısı* kitap boyunca tanıtılmakta ve uygulanmaktadır (örneğin sayfa 68-69, 135-136, 151-152 ve 317-318). Bu güncel bakış açısı -yani klinik alanın önde gelen bütünsel bakış açısı- gelişimsel bir çerçeve kullanarak çeşitli modellerin açıklamalarını ve tedavi yöntemlerini bir araya getiriyor ve hem normal hem de anormal işleyişin ortaya çıkmasına katkı sağlamak için biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin yaşam boyunca kilit noktalarda nasıl kesişip etkileşime girebileceğini bizlere açıklıyor. Tartışmalar boyunca okuyucular, gelişimsel faktörlerin hem yetişkin hem de çocuk psikopatolojisinde tipik olarak iş başında olduğunu kavrayacaklar. Ayrıca bu bakış açısının *önleme*, *psikolojik dayanıklılık*, *eş sonluluk* ve *çok sonluluk* ilkelerini de tanıyacaklar.

**•YENİ• Beyin Devreleri** *Beyin devreleri* artık bu ders kitabının kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, depresif bozukluk, kişilik bozuklukları ve diğer bozukluklara dair biyolojik tartışmalarının merkezinde yer almaktadır (örneğin sayfa 38, 111, 125, 132, 149, 180 ve 316-317). Geçtiğimiz on yıllar boyunca araştırmacılar beyin devreleri ve bunların aralarındaki bağlantısallığın farklı davranışlar, bilişler ve duygular ortaya çıkardığı beyin yapılarının ağları hakkında çarpıcı keşifler yaptılar. Bu kitapta psikolojik sorunların her birine katkıda bulunan belirli beyin devresindeki işlev bozukluklarından da söz ediyoruz. Aynı zamanda genetik faktörlerin, nörotransmitter aktivitesinin, beyin anatomisinin ve bağışıklık fonksiyonunun psikolojik işlev bozukluğu ortaya çıkaran beyin devrelerinin işleyişi ile nasıl bağlantılı olduğunu açıklığa kavuşturuyoruz.

**•YENİ• Bilişsel-Davranışçı Model: Davranışçı ve Bilişsel Bakış Açılarını Birleştirmek** Artık davranışsal ve bilişsel açıklamaları ve tedavileri, günümüzün en önde gelen bakış açısıyla tutarlı, uyumlu ve çok az farklılık gösteren bir *bilişsel-davranışçı modelde* birleştiriyoruz. Önceki baskılarda okuyucuların davranış odaklı ve biliş odaklı ilkeler ve araştırma arasındaki önemli ayrımları anlamalarına yardımcı olmak amacıyla davranışçı ve bilişsel tartışmalar ayrı şekilde sunulmuştu.

Bu baskıda ise bilişsel-davranışçı modelin daha bütünsel şekilde sunulan anlatımları, okuyucuların günümüzün bilişsel-davranışçı kuramcılarının ve uygulamacılarının çalışmalarına neden hem davranışsal hem de bilişsel ilkeleri dahil ettiklerini ve davranışsal ve bilişsel ilkelerin tamamlayıcı ve etkileşimli doğasını daha iyi kavramalarını sağlamaktadır.

Ayrıca *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin bu baskısında *farkındalık temelli* müdahaleler ve *Kabul ve Adanmışlık Terapisi* (KAT) dâhil olmak üzere "yeni dalga" bilişsel-davranışçı kuramlar ve terapilere de yer vererek kapsamımızı daha da genişletiyoruz (örneğin sayfa 53-54, 110, 195 ve 389).

**•YENİ• "Trendler" Kutucukları** Bu baskıda daha evvel yer alan *Psikolojik Gözlem* kutucuklarına ve *Akıl ve Teknoloji* kutucuklarına ek olarak *Eğilimler* kutucuklarını da sunmaktayız. *Psikolojik Gözlem* kutucukları alandaki önemli konuları incelerken ve *Akıl ve Teknoloji* kutucukları ise etkileyici teknolojik konulara özel bir önem verirken *Trendler* kutucukları özellikle anormal psikolojideki yeni akımlara veya güncel, sıcak konulara odaklanmaktadır. Bu yeni *Trendler* kutucukları şunları içermekte:

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Artık Sadece Çocuklar İçin Değil (Bölüm 4)

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Artık Sadece Çocuklar İçin Değil (Bölüm 4)
- İnternet Dehşeti: İntiharların Canlı Olarak Yayınlanması (Bölüm 7)
- Kendinizden utanın, başkasının bedenlerini aşağılayanlar (Bölüm 9)
- Opioid Krizi (Bölüm 10)
- Toplu Katliamlar: Bu Şiddet Nereden Geliyor? (Bölüm 13)
- Beyne Zarar Vermek: KTE ve Futbol (Bölüm 15)
- Doktor Zarar Vermez: Gelişmiş Sorgulama (Bölüm 16)

**•YENİ• İlave-Bilgi Merkezleri** Önceki baskımız okuyucuları, bu alandaki önemli konularda çok sayıda renkli, tam sayfa infografik içeren *Bilgi Merkezleri* adlı bir özellikle tanıştırmıştı. Bu uyarıcı görsel veri sunumlarına okuyucuların gösterdiği oldukça olumlu tepkiler göz önüne alındığında, hepsini güncelleyerek, bazılarını önemli ölçüde değiştirerek ve tamamen yeni olan birçoğunu da ekleyerek bu baskıya tekrar dahil ettik. Yepyeni bu Bilgi Merkezleri şunları içermektedir:

- DSM: Büyük Resim (Bölüm 3, sayfa 93)
- Korku (Bölüm 4, sayfa 114)
- Egzersiz ve Besin Takviyeleri (Bölüm 6, sayfa 182)
- Karanlık Üçlü (Bölüm 13, sayfa 429)

**•YENİ• Ek ve Genişletilmiş Konular** Son birkaç yılda anormal psikolojideki bir dizi konu özel bir ilgi görmektedir. Bu baskıda, özel ilgi gören bu konular arasında yer alan *değişen sağlık hizmetleri kanunlarının etkisi* (sayfa 18, 516); *transseksüel bireylerin sorunları* (sayfa 356-360); *TSSB ve #MeToo (Ben de) hareketi* (sayfa 145); *sosyal medya temelli araştırma* (sayfa 31, 122); *toplu katliamlar* (sayfa 408); *psikolojik dayanıklılık ve Parkland, Florida, okula silahlı saldırı* (sayfa 151); *terörizm ve ruh sağlığı* (sayfa 145-146, 514); *bilişsel işleme terapisi* (sayfa 154); *uzun süreli maruz bırakma terapisi* (sayfa 154); *egzersiz ve ruh sağlığı* (sayfa 182); *kişiler arası intihar kuramı* (sayfa 223-224); *intihar riski için örtük çağrışım testi* (sayfa 234); *gençlerin yeme alışkanlıkları* (sayfa 280); *bedeninden utanma* (sayfa 288); *motivasyonel görüşme* (sayfa 283); *opioid krizleri* (sayfa 302); *reçeteli ağrı kesicilere bağımlılık* (sayfa 301-302); *aşırı doz madde alımında toplum nalokson tedavileri* (sayfa 321); *esrarın eğlence amaçlı kullanımına ilişkin kanunlar* (sayfa 311-312); *edimsel yöntem* (sayfa 320); *erotomanik sanrılar* (sayfa 370); *yaşlı babaların çocuklarında görülen bozukluklar* (sayfa 205-389); *şizofrenide bilişsel iyileştirme* (sayfa 387); *ruh sağlığı mahkemeleri* (sayfa 392); *zihinselleştirme* (sayfa 413-414); *seçici konuşmazlık* (sayfa 439-440); *ebeveyn yönetimi eğitimi* (sayfa 446); *ortak dikkat* (sayfa 456); *Alzheimer hastalığında biyobelirteçler* (sayfa 486); *kronik travmatik ensefalopati* (sayfa 488); *ayaktan tedavi hareketi* (sayfa 500,504) ve *psikologlar ve gelişmiş sorgulamalar* (sayfa 514) gibi konularda yeni veya genişletilmiş bölümler hazırladık.

**•YENİ• Teknolojiye Daha Fazla Odaklanma** Bu baskıda, önceki baskıda değinilen teknolojinin psikolojik etkisine ve tedavide yeni teknolojilerin kullanımına dair konulara daha geniş bir yer verdik. Kitap boyunca metin içinde, *Akıl ve Teknoloji* kutucuklarında, fotoğraflarda ve şekillerde tele-ruh sağlığı (sayfa 20, 517-518), internet sosyal medya temelli araştırma (sayfa 31), videokonferans ve ebeveyn yönetimi eğitimi (sayfa 446) ve intiharların canlı yayınlanması (sayfa 216) gibi birçok ek teknoloji konusunu inceliyoruz..

**•YENİ• Vaka Örnekleri** Yıllar boyunca *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin ayırt edici özelliklerinden biri, kuramsal ve klinik sorunlara hayat veren çok sayıda ve kültürel olarak çeşitli klinik vaka örneklerini içermiş olması olmuştur. Okuyucu ve günümüz dünyası ile ilgili devam eden arayışımızda bu baskıdaki klinik vaka örneklerinin çoğunu değiştirdik veya yeniden düzenledik (örneğin sayfa 349-350,410.415 ve 423).

**•YENİ• İlave-Eleştirel Düşünme Soruları** Eleştirel düşünme soruları uzun zamandır *Anormal Psikolojinin Temelleri* kitabının aydınlatıcı bir özelliği olmuştur. Bu sorular metin akışı içinde aniden belirmekte ve öğrencileri tam doğru anda duraklamaya ve az önce okudukları içerik hakkında eleştirel düşünmeye davet eder. Bu baskı boyunca da buna benzer birkaç yeni soru ekledik..

**•YENİ• İlave- "Etiketler"** Bu baskı, daha önceki baskılarda *Satır Arası* olarak adlandırılan ve öğrenciler ve profesörler arasında çok popüler olan okuyucu dostu *Etiketler* (#) üzerinden eğlenceli ve düşündürücü özelliğini korumaktadır. *Etiketler*, kitabın kenarlarına stratejik olarak yerleştirilmiş şaşırtıcı gerçekler, güncel olaylar, tarihi notlar, ilginç listeler ve özlü sözlerden oluşmaktadır. Bu baskıya çok sayıda yeni *Etiketler* eklenmiştir.

**•YENİ• Güncelleme Yoluyla** Bu baskıda en güncel kuramları, araştırmaları ve olguları sunmanın ve 2017-2019 yıllarına ait 2.000'den fazla yeni referansı dahil etmenin yanı sıra çok sayıda yeni fotoğraf, tablo ve şekil de sunmaktayız.

**•GENİŞLETİLMİŞ KAPSAM• Önleme ve Ruh Sağlığını Geliştirme** Klinik alanın önleme, pozitif psikoloji ve psikolojik sağlık konularına artan vurgusuna paralel olarak, ders kitabının bu önemli yaklaşımlara olan odağını artırdık (örneğin, sayfa 16, 70 ve 492)

**•GENİŞLETİLMİŞ KAPSAM• Çok Kültürlüğe Dair Sorunlar** Alanın etnik köken, ırksal özellikler, cinsiyet, cinsiyet kimliği ve diğer kültürel faktörlerin psikolojik işlevsellik üzerindeki etkisine dair süregelen kabul ile tutarlı olarak, bu baskı çok kültürlü bakış açısına daha da geniş yer vermekte ve metin boyunca çok kültürlüğe dair ek bilgileri ve araştırmaları içermektedir (örneğin sayfa 66-67, 281-281, 427-428 ve 453-454). Bu ders kitabının sayfalarına hızlıca bir göz atmak bile, toplumumuzdaki ve anormal psikoloji alanındaki çeşitliliği gerçekten yansıttığını görmek için yeterli olacaktır.

## Sürdürülen Güçlü Yönler

Daha önce de belirttiğimiz gibi, önceki baskılarda başarılı bir şekilde işleyen ve geçmiş okuyucular tarafından oldukça ilgi gören temalara, materyallere ve tekniklere bu baskıda da yine yer verdik.

**Kapsam Genişliği ve Denge** Alandaki birçok kuram, araştırma, bozukluk ve tedavi eksiksiz ve doğru bir şekilde sunulmaktadır. Tüm ana modellere -psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel- sadece tek bir yaklaşıma odaklanmadan ön yargısız, objektif, dengeli ve içeriği güncellenmiş şekilde değinilmektedir.

**Modellerin Bütünleştirilmesi** Metin boyunca yapılan tartışmalar, öğrencilerin çeşitli modellerin nerede ve nasıl birlikte çalıştığını ve nasıl farklılık gösterdiklerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktadır.

**Empati** Anormal psikolojinin konusu insanlardır -çoğu zaman büyük acı çeken insanlar. Bu nedenle her zaman empati ile yazmaya ve bu farkındalığı öğrencilere aktarmaya çalıştık.

**Geniş Kapsamlı Tedavi Anlatımı** Tedavi yaklaşımlarına dair bilgiler kitap boyunca sunulmaktadır. Giriş bölümlerinde tedavi konusuna genel olarak değinilmekte, bir psikopatolojiyi aktaran bölümlerin her biri ise ilgili tedavi yaklaşımlarının ayrıntılı anlatımını içermektedir.

**Zengin Vaka Örnekleri** Daha önce de belirttiğimiz gibi bu ders kitabı, kuramsal ve klinik konuları hayata geçirmek için kültürel olarak farklı yüzlerce klinik vaka örneği sunmaktadır.

**DSM-5** Bu baskı da kitap boyunca DSM-5'te yer alan bilgileri içermeyi, bu sınıflandırma sisteminin yararlı yönleri kadar eksik yönlerinin de altını çizmeyi sürdürmektedir. DSM-5 tanı kategorilerini, kriterlerini ve bilgilerini her bölümün anlatımına eklemenin yanı sıra öğrencilerin DSM-5'i ve ilgili tanı araçlarını tam olarak kavramasına yardımcı olmak için düzenli olarak Tanı Kontrol Listesi adlı okuyucu dostu eğitsel bir özellik sunmaktayız (örneğin sayfa 89-93, 102, 120, 187 ve 248).

**Kenar Boşluğu Sözlüğü** Sözcüklerin göründüğü sayfaların kenar boşluklarında o sözcüklerin açıklamalarını içeren yüzlerce anahtar sözcük tanımlanmıştır. Ayrıca kitabın arkasında geleneksel bir sözlük de yer almaktadır.

**Eleştirel Düşünmeye Odaklanma** Ders kitabı, anormal psikoloji hakkında eleştirel düşünmek için çeşitli araçlar sağlamaktadır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, örneğin, "eleştirel düşünme" soruları, metin anlatımı içinde dikkatle seçilmiş yerlerde belirmekte ve okuyucuları az önce okudukları bilgi hakkında durup eleştirel düşünmeye davet etmektedir.

**Çarpıcı Fotoğraflar ve Uyarıcı Çizimler** Bir kez daha bahsetmek gerekirse bu ders kitabı; çeşitli kavramlara, bozukluklara ve tedavilere dair bilgileri hayata geçiren çok çeşitli ve gerçek anlamda çarpıcı fotoğraflar, diyagramlar, grafikler ve anatomik figürler içermektedir. Özenle seçilmiş fotoğraflar, geçmişten günümüz dünyasına ve popüler kültüre kadar uzanmaktadır. Bunlar konuları tasvir etmekten daha fazlasını yapmaktadır: okuyuculara dokunmakta, onları harekete geçirmekte ve kavrayışlarını geliştirmektedir.

**Uyarlanabilirlik** Bölümler birbirinden bağımsızdır, bu nedenle bu kitabı kullanacak olan akademisyenler bölümleri kendileri için anlamlı olan herhangi bir sırayla anlatabilirler.

# Tamamlayıcı Araçlar

Hem akademisyenlerin hem de öğrencilerin, *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nde yer alan tamamlayıcı araçlara yıllar boyunca gösterdikleri büyük ilgiden memnunuz. Bu basım, bu araçları bir kez daha gözden geçirilmiş ve geliştirilmiş olarak sunmakta ve bir dizi etkileyici yeni araçları da içermektedir.

## Akademisyenler İçin

***Anormal Psikoloji 2.0 İçin Worth Yayınevi Video Koleksiyonu*** Princeton Üniversitesinden Ronald J. Comer ve Princeton Akademik Kaynaklardan Gregory P. Comer tarafından hazırlanmış ve düzenlenmiştir. Fakülte Rehberi buna dâhildir. Bu eşsiz video paketi, farklı klinik durumlar, psikopatolojiler ve tedaviler hakkında 125'ten fazla video sunmaktadır. Bu baskıya ulusal opioid krizi, bedenden utanmanın etkisi, farkındalık temelli müdahaleler, transeksüel bireylerin sorunları, sınırda kişilik bozukluğu, diyalektik davranış terapisi, cep telefonu bağımlılığı, oyun bağımlılığı, kabul ve kararlılık terapisi, tıkınırcasına yeme bozukluğu, ruh sağlığı müdahaleleri

için polisin eğitilmesi, ruh sağlığı mahkemeleri, KTE ve futbol gibi güncel konularda 50'den fazla yeni video eklenmiştir. Bu son teknoloji videolar Başlatma Çubuğu'nda ve Anormal Psikoloji 2.0 için Video Koleksiyonu flash bellek sürücüsünde bulunmaktadır. Bu video paketinde her bir video klibinin ayrıntılı açıklamasının yer aldığı bir kılavuz da yer almaktadır, bu kılavuz yardımıyla akademisyenler videoların derslerde amaca yönelik olarak nasıl kullanılacağının kararını verebilir.

***Eğitmenin Kaynak Kılavuzu*** Jeffrey B. Henriques, Wisconsin-Madison Üniversitesi ve Laurie A. Frost. Deneyimli bir eğitmen ve bir klinisyen tarafından gözden geçirilen bu kapsamlı kılavuz, akademisyenler ve öğretim görevlileri için yardımcı bir araç olarak işlev görür. Kılavuz, bölümlerin ayrıntılı ana hattını, temel öğrenme hedefleri listelerini, ders fikirlerini, tartışma başlatıcı örnekleri, sınıf etkinliklerini, ekstra kredi almaya yönelik projeleri ve metin içinde anlatılan her bir bozukluk için DSM kriterlerini içermektedir. Ayrıca video koleksiyonu da dâhil olmak üzere beraberindeki medyayı kullanmak için çeşitli stratejiler sunmaktadır. Son olarak anormal psikoloji ile ilgili sinema filmleri, belgeseller, eğitim kaynakları ve internet siteleri gibi dış kaynaklardan ulaşılabilecek kapsamlı bir değerli materyal setini de içermektedir.

**Ders Slaytları** Bu slaytlar metindeki temel kavramlara ve temalara odaklanmaktadır ve olduğu gibi kullanılabilir özelliktedir veya akademisyenin ihtiyaçlarına göre özelleştirilebilir.

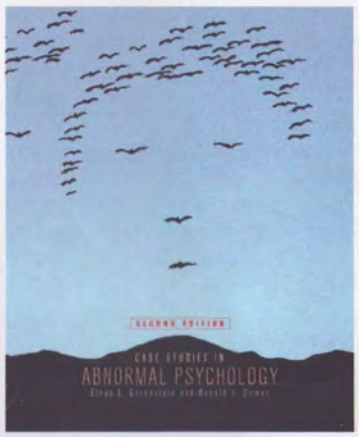
**iClicker Sınıf İçi Yanıt Sistemi** Eğitimciler tarafından eğitimciler için geliştirilen bu çok yönlü oylama sistemi, ders zamanını daha verimli ve etkileşimli hâle getirmektedir. iClicker, sorular sormanıza ve öğrencilerinizin yanıtlarını anında kaydetmenize, yoklama almanıza ve öğrencilerin bilgisini ve görüşlerini ölçmenize olanak tanımaktadır. Her bölüm için bir dizi iClicker Sorusuna çevrimiçi olarak ve Başlatma Çubuğu'ndan ulaşılabilmektedir.

**Resim Slaytları ve Tablolar** Tüm bölüm fotoğraflarını, çizimlerini ve tablolarını içeren bu slaytlar olduğu gibi kullanılabilir veya akademisyenin ihtiyaçlarına göre özelleştirilebilir.

**Bölüm Şekilleri ve Fotoğrafları** Bu koleksiyon, akademisyenlere *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin dokuzuncu baskısındaki tüm fotoğraflara, çizimlere ve alternatif metinlere erişme fırsatı sağlamaktadır.

## Değerlendirme Araçları

**Bilgisayarlı Soru Bankası** Diploma tarafından desteklenen bu sistem, kapsamlı bir test materyali içermektedir. Her bölüm, öğrencileri Bloom taksonomisinin çeşitli seviyelerinde test eden 200'den fazla soru içerir. Tüm sorular, *2013 APA Psikoloji Lisans Programı Kılavuzu*'ndaki önerilere, Bloom seviyesine, kitabın ilgili sayfasına, bölümdeki ilgili paragrafa ve *Eğitmenin Kaynak Kılavuzu*'ndaki öğrenme hedefine göre seçilmiştir. *Diploma Soru Bankası* dosyaları, *Soru Bankası*'nı fayda sağlayacak farklı formatlara dönüştürmek için çeşitli türde araçları ve ayrıca *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin bu dokuzuncu baskısında yer alan *Soru Bankası*'nın Blackboard ve WebCT formatlı sürümlerini de içermektedir.

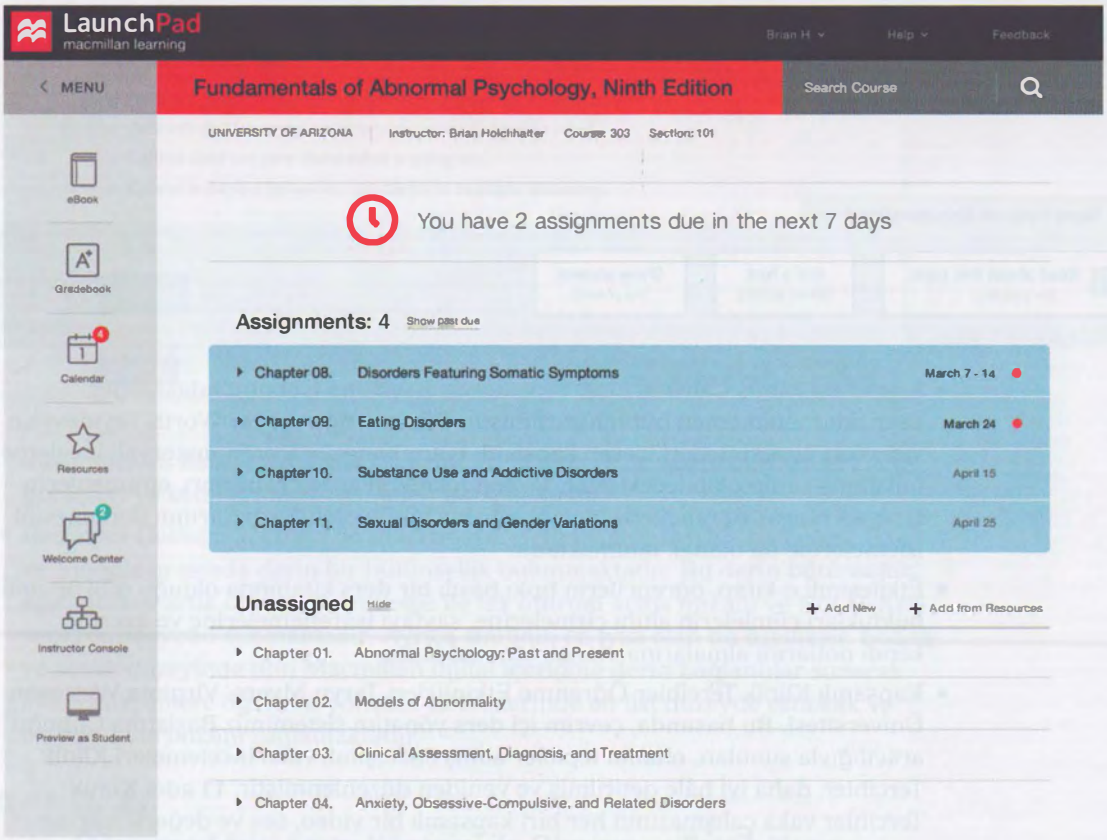



## Öğrenciler İçin

***Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları, İkinci Baskı*** Ethan E. Gorenstein, Davranışsal Tıp Programı, New York-Presbyterian Columbia Hastanesi ve Ronald J. Comer, Princeton Üniversitesi. Popüler vaka çalışması kitabımızın bu baskısı, her biri bireyin geçmişini ve belirtilerini, tedavinin temel aldığı kuramları, özel bir tedavi planını ve uygulanan gerçek tedaviyi anlatan ve tanıların ötesine geçen 20 vaka öyküsünü sunmaktadır. Bu vaka kitabı ayrıca öğrencilerin bozuklukları tanımlayabilmeleri ve uygun tedaviler önerebilmeleri için tanıdan veya tedaviden

bahsedilmeyen üç vaka sunmaktadır. Bu doğrultuda Missouri Eyalet Üniversitesi profesörleri Danae Hudson ve Brooke Whisenhunt tarafından bedensel belirti bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu ve cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) ile ilgili olmak üzere harika vaka örnekleri eklenmiştir.

**LaunchPad Başlatma Çubuğu'nda Öğrenme Eğrisi Testi - Öğretme ve Öğrenmeyi Destekleyen Çoklu Ortam** *(www.launchpadworks.com adresinden ulaşılabilir.)* Psikolojiyi öğretmek ve öğrenmek için kapsamlı bir internet kaynağı olan Başlatma Çubuğu, Worth Yayınevi ödüllü bir yayın organını kolay gezinme imkânı sunan yenilikçi bir platformla birleştirmektedir. Bu kılavuz, öğrenciler için yoğun etkileşimli öğretici yayınlar, videolar, e-kitap ve öğrenme eğirisi yaklaşımına uyarlanabilir sınav sistemi ile temel bir çevrimiçi çalışma kılavuzudur. Eğitmenler için ise Başlatma Çubuğu, sınıf belgelerinin gönderilebileceği, kısa sınavların kolaylıkla gerçekleştirilebileceği, notlandırılabileceği ve öğrencilerin ilerlemelerinin değerlendirilip kaydedilebileceği tam anlamıyla bir ders alanıdır. Çevrim içi bir ders için en etkili çalışma araçlarını veya sağlam bir platform arıyorsanız Başlatma Çubuğu size sınıfınızı geliştirmenin bu anlamda güçlü bir yolunu sunmaktadır.

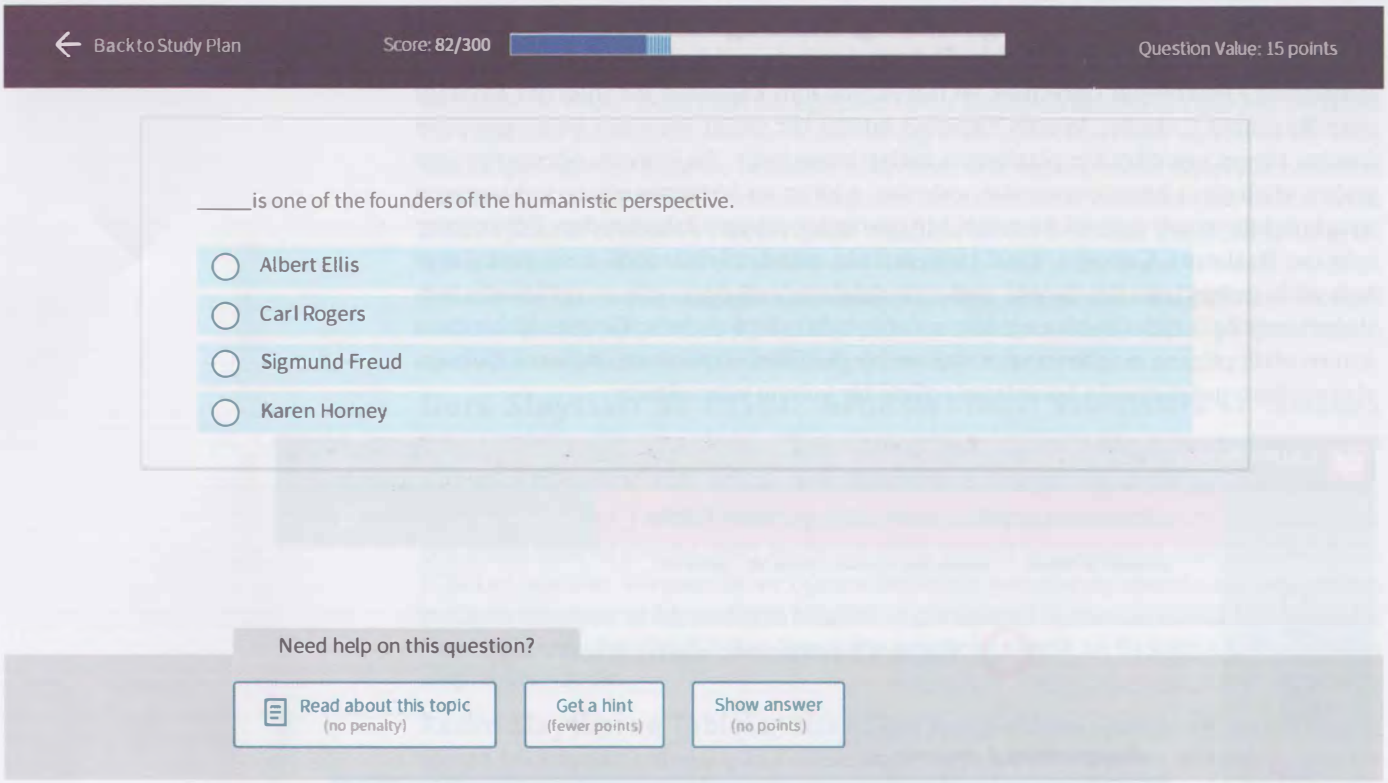



*Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin dokuzuncu baskısına eşlik eden Başlatma Çubuğu, satın almadan önce www.launchpadworks.com adresi üzerinden incelenebilir. *Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin dokuzuncu baskısı ve Başlatma Çubuğu aşağıdakilerle birlikte sipariş edilebilir:

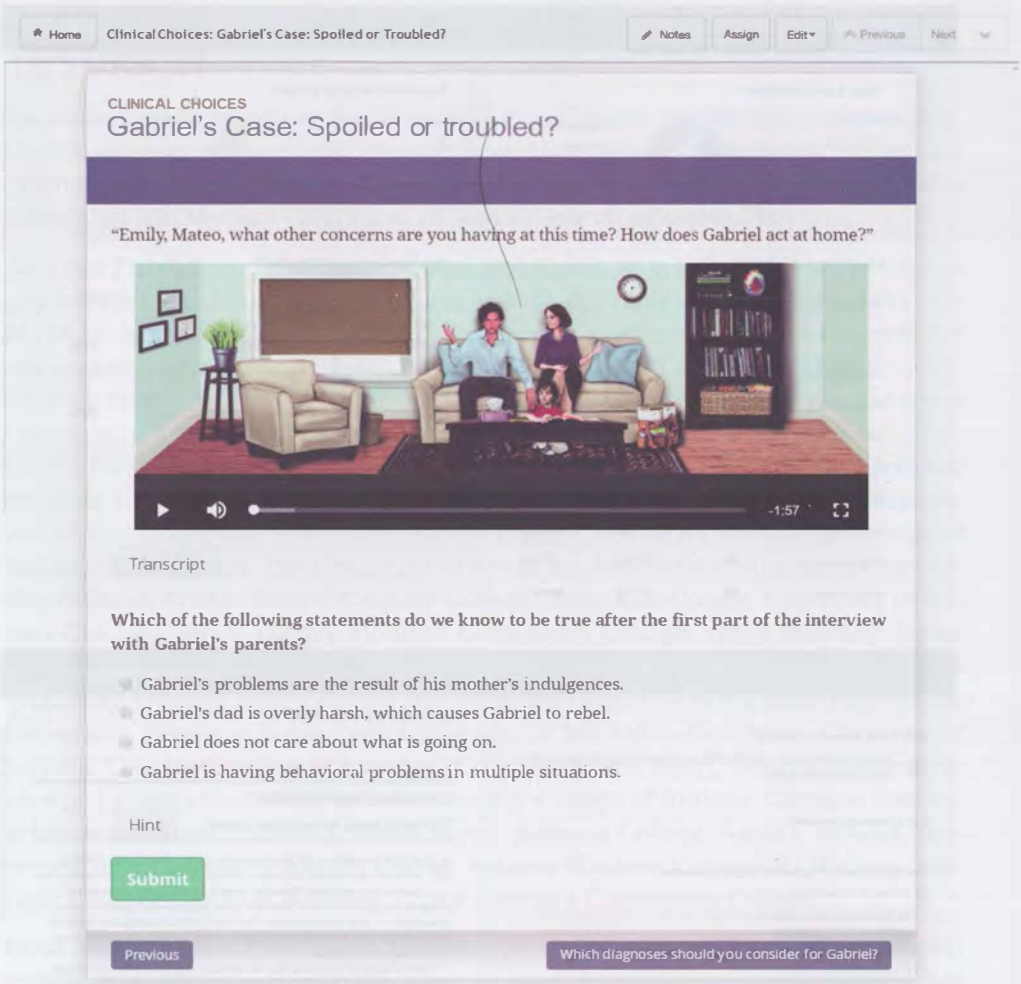
ISBN-10: 1-319-25126-9
ISBN-13: 978-1-319-25126-0

*Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin dokuzuncu baskısındaki Başlatma Çubuğu aşağıdaki kaynakları içermektedir:

- Öğrenme Eğrisi sınav sistemi, öğrenme ve bellek araştırmalarından elde edilen güncel bulgular temel alınarak tasarlanmıştır. Her öğrenciye bireye özgü bir öğrenme deneyimi yaşatan uyarlanabilir soru seçimini, anında ve değerli bir geri bildirimi ve oyun benzeri bir arayüzü birleştirir. Her bir Öğrenme Eğrisi sınavı,




- Kişiselleştirilmiş Çalışma Planı aracılığıyla Başlatma Çubuğu'ndaki diğer kaynaklarla tamamen bütünleştirilmiştir. Böylece öğrenciler, Worth Yayınevinin videoları ve etkinlikleri içeren kapsamlı kütüphanesini içeren materyali inceleme imkânına sahip olabileceklerdir. Ve son teknoloji analiz raporları, eğitmenlerin bireysel olarak öğrencilerinin yanı sıra bir bütün olarak sınıflarının ilerlemesini izlemelerine da olanak tanımaktadır.
- Etkileşimli e-kitap, öğrencilerin tıpkı basılı bir ders kitabında olduğu gibi önemli buldukları cümlelerin altını çizmelerine, sayfayı işaretlemelerine ve üzerine kendi notlarını almalarına olanak tanımaktadır.
- Kapsamlı Klinik Tercihler Öğrenme Etkinlikleri Taryn Myers, Virginia Wesleyan Üniversitesi. Bu basımda, çevrim içi ders yönetim sistemimiz Başlatma Çubuğu aracılığıyla sunulan, olumlu tepkiler almış etkileşimli vaka incelemeleri Klinik Tercihler, daha iyi hâle getirilmiş ve yeniden düzenlenmiştir. 11 adet Klinik Tercihler vaka çalışmasının her biri kapsamlı bir video, ses ve değerlendirme gibi yöntemlerin bir arada kullanılmasıyla öğrencilerin sanal bir "danışanın" belirtilerini tanımlayıp değerlendirerek, danışanın yaşam koşulları ve aile öyküsü hakkında bilgi toplayarak, tanıyı belirleyerek ve tedavi planı oluşturarak bir klinisyen gibi düşünce süreçlerini harekete geçirmelerine olanak tanımaktadır.
- Anormal Psikoloji Video Etkinlikleri Ronald J. Comer, Princeton Üniversitesi; Jonathan S. Comer, Florida Uluslararası Üniversitesi ve Tayrn Myers, Virginia Wesleyan. İlgi çekici vakaların yer aldığı bu videoların her biri 3 ila 7 dakika sürmekte ve metinde bahsi geçen bozukluklara sahip bireyleri içermektedir. Öğrenciler önce videodaki vakayı izlemekte ve ardından düşünmeye teşvik eden bir dizi soruyu yanıtlamaktadır.
- Her bir bölümdeki Araştırma Alıştırmaları, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Öğrencilerden gerçek bir araştırmayı




düşünmeleri, fikirler arasında bağlantı kurmaları ve araştırmanın temel aldığı görüşleri ve kanıtları analiz etmeleri istenmektedir.

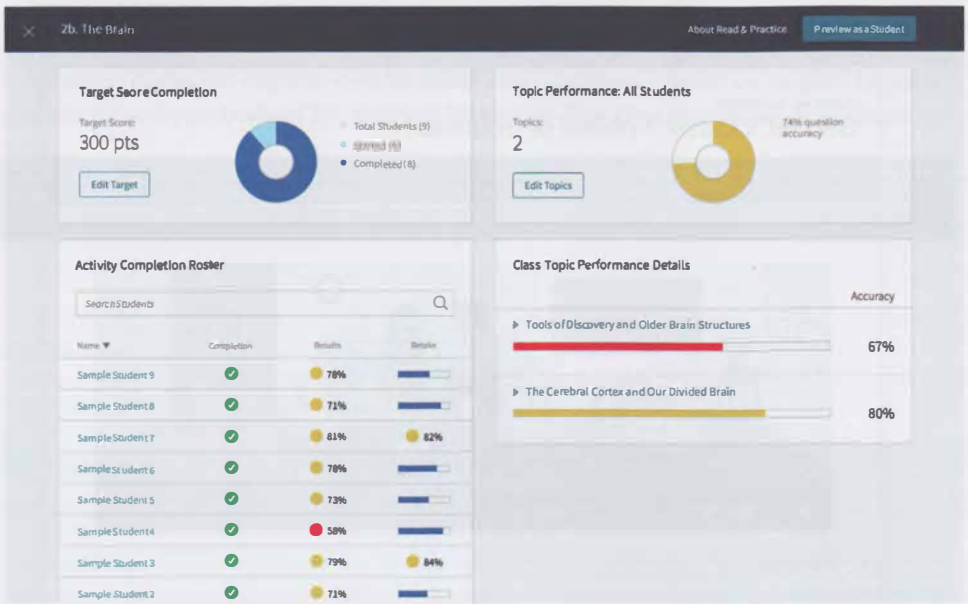
- Başlatma Çubuğu ürünleri ile Blackboard, Brightspace by Desire2Learn, Canvas ve Moodle arasında derin bir bütünsellik bulunmaktadır. Bu derin bütünsellik, eğitimcilere artık otomatik yenileme ile tek oturum açma imkânı ve Not Defteri senkronizasyonu sunmaktadır. Ayrıca sınıfının en iyisi olan bu özellikler, bölüm ve varlık düzeyinde tüm Macmillan dijital içeriğine derin bağlantılar sunarak akademisyenlere öğrenim yönetim sistemlerinde en üst düzeyde esneklik ve özelleştirme imkânı sağlamaktadır.

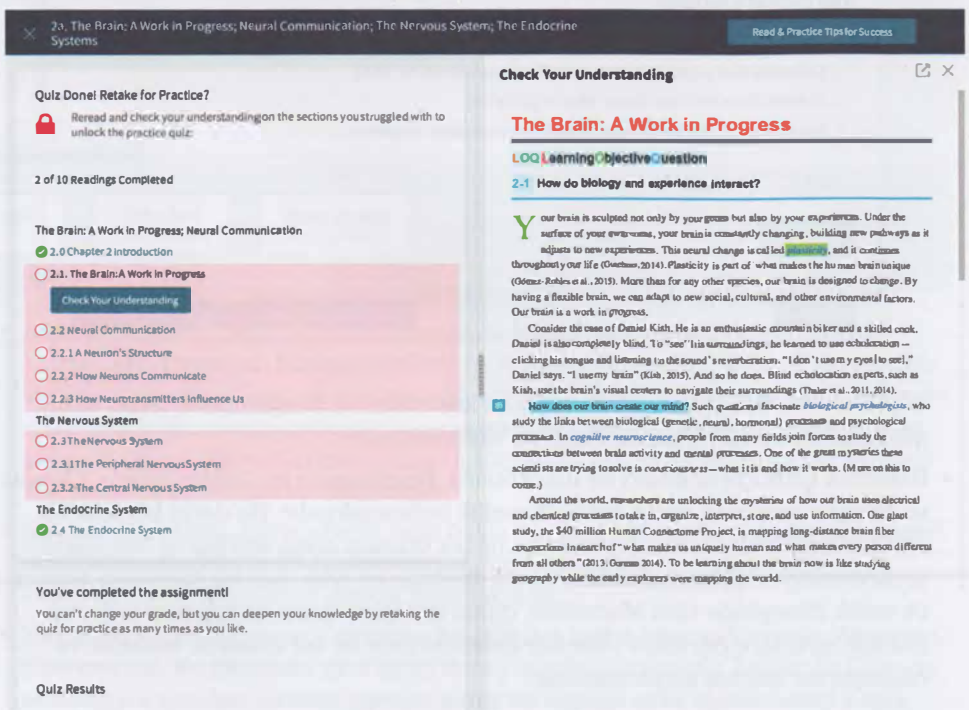
## Achieve

**•YENİ• Öğrenme Eğrisi Sınav Yöntemi ile Okuyun ve Pratik Yapın-Okuyun ve Pratik Yapın** Worth Yayınevinin Öğrenme Eğrisi Sınav Yöntemi ile taşınabilir, erişilebilir e-kitabımızın kullanımı kolay ve uygun fiyatlı tek bir üründe birleştirilmiş hâlidir.

Okuyun ve Pratik Yapın ile eğitmenler e-kitaptan bölümleri ve paragrafları istedikleri sırayla düzenleyebilir ve atayabilir, öğrencilerine okuma ödevleri verebilir ve öğrencilerin performansını takip edebilir.

Ödevler, kişiselleştirilmiş ve uyarlanabilir soru setleri, anında geri bildirim ve doğru ve yanlış cevaplar için e-kitap kaynağı sunan Öğrenme Eğrisi sınavlarıyla bir aradadır. Öğrenciler belirli bir konuyu anlamakta güçlük çekerse tekrar sınava girmeden önce o konuyu yeniden okumaları ve birkaç kısa ek soruyu yanıtlayarak konuyu anlayıp anlamadıklarını kontrol etmeleri için teşvik edilir.




Okuma ve Uygulama Not Defteri, belirli bir bölüm, paragraf ve konu hakkında hem öğrencinin bireysel performasına hem de tüm sınıfın performansına dair verileri analiz eder ve eğitmenlerin sınıfa ve bire bir tartışmalara hazırlanmasına yardımcı olur.

*Anormal Psikolojinin Temelleri* ve Okuyun ve Pratik Yapın aşağıdakilerle birlikte sipariş edilebilir:

ISBN-10: 1-319-25132-3
ISBN-13: 978-1-319-25132-1

*Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin sayfaları çıkarılıp tekrar takılabilir özellikteki baskısı ve Okuyun ve Pratik Yapın aşağıdakilerle birlikte sipariş edilebilir:

ISBN-10: 1-319-25130-7
ISBN-13: 978-1-319-25130-7

# Teşekkür

Bu kitabın yazılmasında ve üretilmesinde emeği geçen birçok kişiye minnettarız. Özellikle Gregory Comer'a bir dizi metin ve dijital materyal üzerindeki olağanüstü çalışması için teşekkür ederiz. Ayrıca referanslar üzerindeki hızlı, hırslı ve fantastik çalışmaları için Marlene Glissmann ve Jean Erler'e de müteşekkiriz.

*Anormal Psikolojinin Temelleri*'nin bu yeni baskısına ve ortağı *Anormal Psikoloji*'ye geri bildirimde bulunan ve bu kitapların açıklığı, doğruluğu ve eksiksizliği hakkında büyük bir içgörü ve bilgelikle yorum yapan seçkin akademisyenlere ve klinisyenlere çok şey borçluyuz. Mevcut baskıyı büyük ölçüde onlardan alınan toplu bilgiler şekillendirdi: Seth A. Brown, University of Northern Iowa; Andrea Cartwright, Jefferson Community & Technical College; Gisele Casanova, Purdue University Northwest; Lauren Dattilo, University of South Carolina; Andrea Glenn, University of Alabama; Amanda Haliburton, Virginia Polytechnic Institute and State University; Jacqueline Heath, Ohio State University; Robert Hoople, Ivy Tech Community College of Indiana; Rick Ingram, The University of Kentucky; Joni Jecklin, Heartland Community College; Kristin Juarez, Cochise College; Julia Kim-Cohen, University of Illinois–Chicago; Terese Landry, Houston Community College; Vance Maloney, Taylor University; Donna Marie McElroy, Atlantic Cape Community College; Jane-Marie McKinney, Gordon State College; Alejandro Morales, California State Polytechnic University, Pomona; Justin Peer, University of Michigan–Dearborn; Christopher Schulte, Coastal Carolina Community College; Jerome Short, George Mason University; LaTishia Smith, Ivy Tech Community College of Indiana; Caroline Stanley, Bridgewater State University; Helen Taylor, Bellevue College; Sandra Terneus, Tennessee Tech University; Joseph Vielbig, Arizona Western College; BJ Wallace, Albright College; Shannon Williams, Prince George's Community College.

Daha önce *Anormal Psikolojinin Temelleri* ve *Anormal Psikoloji* kitaplarının önceki baskılarının bölümlerini gözden geçiren akademisyenler ve klinisyenlerden de değerli geri bildirimler aldık. Elbette onlardan edindiğimiz toplu bilgiler de bu yeni baskının şekillenmesine yardımcı oldu ve onların bu önemli katkılarını da minnetle anıyoruz: Christopher Adams, Fitchburg State University; Dave W. Alfano, Community College of Rhode Island; Jeffrey Armstrong, Northampton Community College; Alisa Aston, University of North Florida; Kent G. Bailey, Virginia Commonwealth University; Stephanie Baralecki, Chestnut Hill College; Sonja Barcus, Rochester College; Wendy Bartkus, Albright College; Marna S. Barnett, Indiana University of Pennsylvania; Jennifer Bennett, University of New Mexico; Jillian Bennett, University of Massachusetts Boston; Otto A. Berliner, Alfred State College; Allan Berman, University of Rhode Island; Douglas Bernstein, University of Toronto Mississauga; Sarah Bing, University of Maryland Eastern Shore; Greg Bolich, Cleveland Community College; Stephen Brasel, Moody Bible Institute; Conrad Brombach, Christian Brothers University; Barbara Brown, Georgia Perimeter College; Christine Browning, Victory University; Gregory M. Buchanan, Beloit College; Jeffrey A. Buchanan, Minnesota State University, Mankato; Laura Burlingame-Lee, Colorado State University; Loretta Butehorn, Boston College; Glenn M. Callaghan, San José State University; E. Allen Campbell, University of St. Francis; Julie Carboni, San Jose Christian College and National University; David N. Carpenter, Southwest Texas University; Marc Celentana, The College of New Jersey; Edward Chang, University of Michigan; Daniel Chazin, Rutgers University; Sarah Cirese, College of Marin; June Madsen Clausen, University of San Francisco; Victor B. Cline, University of Utah; E. M. Coles, Simon Fraser University; Michael Connor, California State University, Long Beach; Frederick L. Coolidge, University of

Colorado, Colorado Springs; Patrick J. Courtney, Central Ohio Technical College; Charles Cummings, Asheville Buncombe Technical Community College; Dennis Curtis, Metropolitan Community College; Timothy K. Daugherty, Missouri State University; Megan Davies, NOVA, Woodbridge Campus; Pernella Deams, Grambling State University; Lauren Doninger, Gateway Community College; Pernella Deams, Grambling State University; Mary Dosier, University of Delaware; S. Wayne Duncan, University of Washington, Seattle; Anne Duran, California State University, Bakersfield; Morris N. Eagle, York University; Miriam Ehrenberg, John Jay College of Criminal Justice; Jon Elhai, University of Toledo; Frederick Ernst, University of Texas, Pan American; Daniella K. C. Errett, Pennsylvania Highlands Community College; Carlos A. Escoto, Eastern Connecticut State University; William Everist, Pima Community College; Jennifer Fiebig, Loyola University Chicago; David M. Fresco, Kent State University; Anne Fisher, University of Southern Florida; William E. Flack Jr., Bucknell University; John Forsyth, State University of New York, Albany; Alan Fridlund, University of California, Santa Barbara; Stan Friedman, Southwest Texas State University; Dale Fryxell, Chaminade University; Lawrence L. Galant, Gaston College; Kathryn E. Gallagher, Georgia State University; Rosemarie B. Gilbert, Brevard Community College; Karla Gingerich, Colorado State University; Nicholas Greco, College of Lake County; Jane Halonen, James Madison University; James Hansell, University of Michigan; David Harder, Tufts University; Morton G. Harmatz, University of Massachusetts; Jinni A. Harrigan, California State University, Fullerton; Jumi Hayaki, College of the Holy Cross; RaNae Healy, GateWay Community College; Anthony Hermann, Kalamazoo College; Paul Hewitt, University of British Columbia; Abby Hill, Trinity International University; Tony Hoffman, University of California, Santa Cruz; Art Hohmuth, The College of New Jersey; Art Houser, Fort Scott Community College; Danae Hudson, Missouri State University; William G. Iacono, University of Minnesota; Jessica Goodwin Jolly, Gloucester County College; Ashleigh E. Jones, University of Illinois at Urbana-Champaign; Ricki E. Kantrowitz, Westfield State University; Barbara Kennedy, Brevard Community College; Lynn M. Kernen, Hunter College; Audrey Kim, University of California, Santa Cruz; Guadalupe Vasquez King, Milwaukee Area Technical College; Tricia Z. King, Georgia State University; Bernard Kleinman, University of Missouri, Kansas City; Craig Knapp, College of St. Joseph; Futoshi Kobayashi, Northern State University; Alan G. Krasnoff, University of Missouri, St. Louis; Sally Kuhlenschmidt, Western Kentucky University; Robert D. Langston, University of Texas, Austin; Kimberlyn Leary, University of Michigan; Harvey R. Lerner, Kaiser-Permanente Medical Group; Arnold D. LeUnes, Texas A&M University; Michael P. Levin, Kenyon College; Barbara Lewis, University of West Florida; Paul Lewis, Bethel College; Mary Margaret Livingston, Louisiana Technical University; Karsten Look, Columbus State Community College; Joseph LoPiccolo, University of Missouri, Columbia; L. E. Lowenstein, Southern England Psychological Services; Gregory Mallis, University of Indianapolis; Jerald J. Marshall, University of Central Florida; Toby Marx, Union County College; Janet R. Matthews, Loyola University; Robert J. McCaffrey, State University of New York, Albany; Rosemary McCullough, Ave Maria University; F. Dudley McGlynn, Auburn University; Tara McKee, Hamilton College; Lily D. McNair, University of Georgia; Mary W. Meagher, Texas A&M University; Dorothy Mercer, Eastern Kentucky University; Michele Metcalf, Coconino Community College; Joni L. Mihura, University of Toledo; Andrea Miller, Georgia Southwestern State University; Antoinette Miller, Clayton State University; Regina Miranda, Hunter College; John Mitchell, Lycoming College; Robin Mogul, Queens University; Linda M. Montgomery, University of Texas, Permian Basin; Jeri Morris, Roosevelt University; Karen Mottarella, University of Central Florida; Maria Moya, College of Southern Nevada; Karla Klein Murdock,

University of Massachusetts, Boston; Taryn Myers, Virginia Wesleyan University; Sandy Naumann, Delaware Technical Community College; David Nelson, Sam Houston State University; Hansjörg Neth, Rensselaer Polytechnic Institute; Paul Neunuebel, Sam Houston State University; Ryan Newell, Oklahoma Christian University; Katherine M. Nicolai, Rockhurst University; Susan A. Nolan, Seton Hall University; Fabian Novello, Purdue University; Edward O'Brien, Marywood University; Ryan O'Loughlin, Nazareth College; Mary Ann M. Pagaduan, American Osteopathic Association; Crystal Park, University of Connecticut; Dominic J. Parrott, Georgia State University; Daniel Paulson, Carthage College; Paul A. Payne, University of Cincinnati; Mary Pelton-Cooper, Northern Michigan University; David V. Perkins, Ball State University; Julie C. Piercy, Central Virginia Community College; Lloyd R. Pilkington, Midlands Technical College; Harold A. Pincus, chair, DSM-IV, University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic; Chris Piotrowski, University of West Florida; Debbie Podwika, Kankakee Community College; Ginger Pope, South Piedmont Community College; Norman Poppel, Middlesex County College; David E. Powley, University of Mobile; Laura A. Rabin, Brooklyn College; Max W. Rardin, University of Wyoming, Laramie; Lynn P. Rehm, University of Houston; Leslie A. Rescorla, Bryn Mawr College; R. W. Rieber, John Jay College, CUNY; Lisa Riley, Southwest Wisconsin Technical College; Esther Rothblum, University of Vermont; Vic Ryan, University of Colorado, Boulder; Randall Salekin, Florida International University; Edie Sample, Metropolitan Community College; Jackie Sample, Central Ohio Technical College; A. A. Sappington, University of Alabama, Birmingham; Martha Sauter, McLennan Community College; Laura Scaletta, Niagara County Community College; Ty Schepis, Texas State University; Elizabeth Seebach, Saint Mary's University of Minnesota; George W. Shardlow, City College of San Francisco; Shalini Sharma, Manchester Community College; Roberta S. Sherman, Bloomington Center for Counseling and Human Development; Wendy E. Shields, University of Montana; Sandra T. Sigmon, University of Maine, Orono; Susan J. Simonian, College of Charleston; Janet A. Simons, Central Iowa Psychological Services; Jay R. Skidmore, Utah State University; Rachel Sligar, James Madison University; Katrina Smith, Polk Community College; Robert Sommer, University of California, Davis; Jason S. Spiegelman, Community College of Baltimore County; John M. Spores, Purdue University, South Central; Caroline Stanley, Wilmington College; Wayne Stein, Brevard Community College; Arnit Steinberg, Tel Aviv University; David Steitz, Nazareth College; B. D. Stillion, Clayton College & State University; Deborah Stipp, Ivy Tech Community College; Joanne H. Stohs, California State University, Fullerton; Jaine Strauss, Macalester College; Mitchell Sudolsky, University of Texas, Austin; John Suler, Rider University; Sandra Todaro, Bossier Parish Community College; Terry Trepper, Purdue University Calumet; Thomas A. Tutko, San José State University; Maggie VandeVelde, Grand Rapids Community College; Arthur D. VanDeventer, Thomas Nelson Community College; Jennifer Vaughn, Metropolitan Community College; Norris D. Vestre, Arizona State University; Jamie Walter, Roosevelt University; Steve Wampler, Southwestern Community College; Eleanor M. Webber, Johnson State College; Lance L. Weinmann, Canyon College; Doug Wessel, Black Hills State University; Laura Westen, Emory University; Brook Whisenhunt, Missouri State University; Joseph L. White, University of California, Irvine; Justin Williams, Georgia State University; Amy C. Willis, Veterans Administration Medical Center, Washington, DC; James M. Wood, University of Texas, El Paso; Lisa Wood, University of Puget Sound; Lucinda E. Woodward, Indiana University Southeast; Kim Wright, Trine University; David Yells, Utah Valley State College; Jessica Yokely, University of Pittsburgh; Carlos Zalaquett, University of South Florida ve Anthony M. Zoccolillo, Rutgers University.

Ayrıca heyecan verici ve kapsamlı öğrenme etkinliklerimiz "Klinik Tercihler"in gelişimine değerli geri bildirimleri ile katkıda bulunan bir grup yetenekli akademisyene de teşekkür etmek isteriz: David Berg, Community College of Philadelphia; Seth Brown, University of Northern Iowa; Julia Buckner, Louisiana State University; Robin Campbell, Eastern Florida State University; Christopher J. Dyszelski, Madison Area Technical College; Paul Deal, Missouri State University; Urminda Firlan, Kalamazoo Valley Community College; Roy Fish, Zane State College; Julie Hanauer, Suffolk County Community College; Stephanie Brooke Hindman, Greenville Technical College; Sally Kuhlenschmidt, Western Kentucky University; Alejandro Morales, California State Polytechnic University, Pomona; Erica Musser, Florida International University; Garth Neufeld, Highline Community College; Kruti Patel, Ohio University ve Jeremy Pettit, Florida International University.

Kitabın ek paketinin yazarlarına ilgili eklerle harika işler çıkardıkları için özel bir teşekkür: Jeffrey B. Henriques, Wisconsin-Madison Üniversitesi ve Laurie A. Frost (*Eğitmenin Kaynak Kılavuzu*); Taryn Myers, Virginia Wesleyan Üniversitesi (*Klinik Tercihler*); Joy Crawford, Green River Community College (*Alıştırma Testleri*). Ve ek materyallere önceki baskılardan katkıda bulunanlara teşekkür ederiz: VeTaryn Myers, Virginia Wesleyan University (*Klinik Tercihler*); Joy Crawford, Green River Community College (*Alıştırma Testleri*). Veönceki baskılara katkıda bulunanlara teşekkür ederiz: Ann Brandt-Williams, Glendale Community College; Elaine Cassel, Marymount University and Lord Fairfax Community College; Danae L. Hudson, Missouri State University; John Schulte, Cape Fear Community College ve University of North Carolina ve Brooke L. Whisenhunt, Missouri State University.

Geçen yıl neredeyse her gün bizimle bu basımı üretmek için çalışan Worth Publishers ve W. H. Freeman and Company'deki profesyonellerden oluşan çekirdek ekibe de derin takdirlerimizi sunuyoruz: Un Hye Kim, editör yardımcısı; Mimi Melek, kıdemli geliştirme editörü; Martha Emry, kıdemli içerik ve proje yöneticisi; Paul Lacy, düzen tasarımcısı; Jennifer Atkins, fotoğraf editörü ve video araştırmacısı. Çekirdek ekibin bu üyelerinin bu girişimdeki ortak yazarlarımız ve yardımcı öğretmenlerimiz olduğunu ve onlara borçlu olduğumuzu söylemek yerinde olacaktır.

Ayrıca her biri bu ders kitabının yazılmasına ve oluşturulmasına önemli katkılarda bulunmuş olan şu kişilere de teşekkür ederiz: Chuck Linsmeier, kıdemli başkan yardımcısı, içerik stratejisi; Matt Wright, yönetici program müdürü; Jennifer MacMillan, izinler yöneticisi; Susan Wein, kıdemli proje iş akışı süpervizörü; Shani Fisher, program müdürü, sosyal bilimler; Tracey Kuehn, içerik yönetimi geliştirme müdürü; Diana Blume, tasarım müdürü; Blake Logan, tasarımcı; John Callahan, kapak tasarımcısı; Natasha Wolfe, tasarım hizmetleri müdürü; Matthew McAdams, sanat yöneticisi; Chuck Yuen, kitap ve Bilgi Merkezi tasarımcısı; Lucille Clerc, kitap ve bölüm kapağı sanatçısı; Stefani Wallace, medya editörü; Noel Hohnstine, medya yazı işleri ve değerlendirme müdürü, sosyal bilimler; Micheal McCarty, izinler ortağı; Arthur Johnson, metin izinleri araştırmacısı; Christine Buese, medya izinleri yöneticisi; Hillary Newman, haklar ve izinler müdürü; Lisa Kinne, kıdemli yönetici editör; Jean Erler, yazı düzenleme ve referans editörü; William LaDue, düzeltici ve Sherri Dietrich, dizin oluşturucusu.

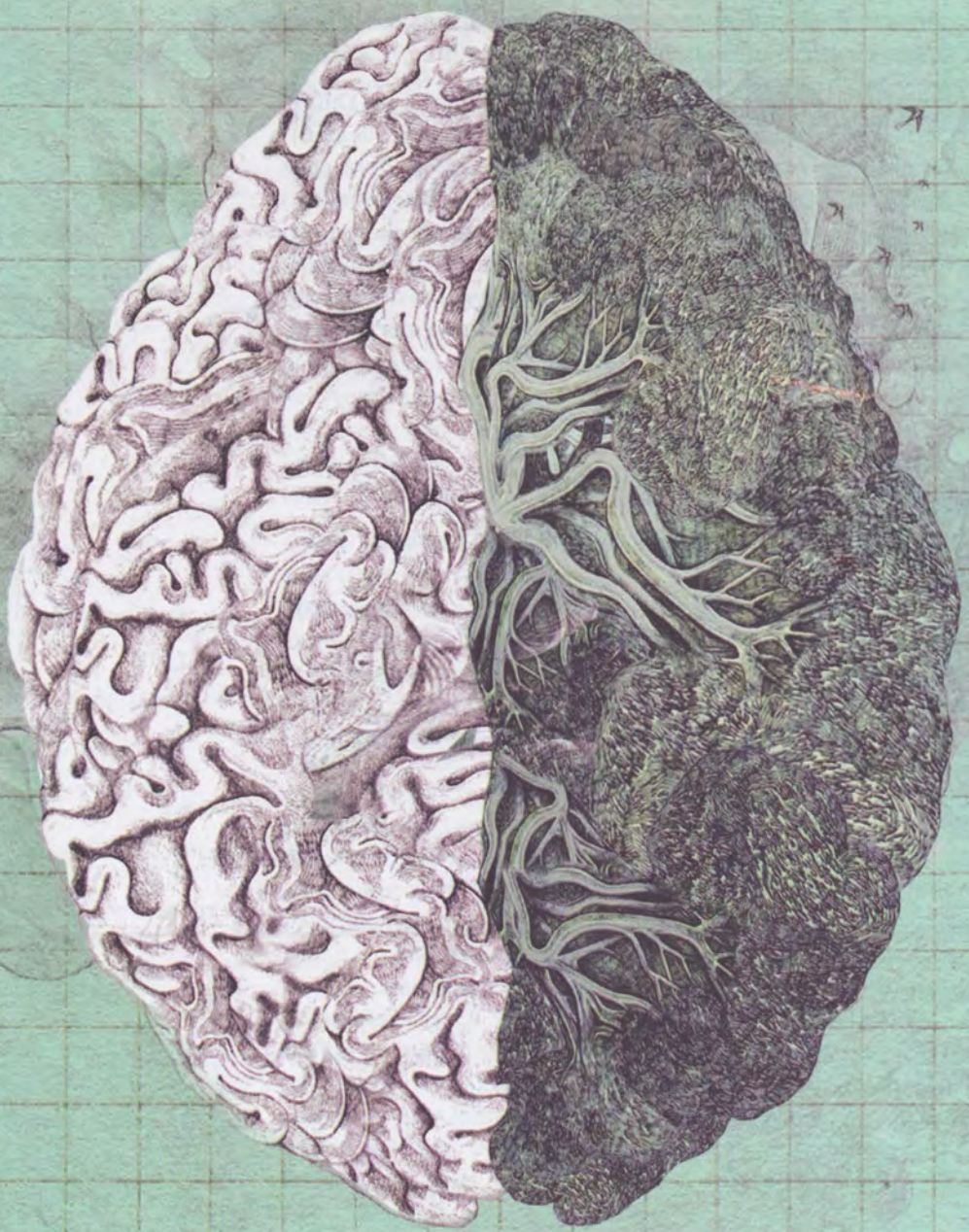
Ve elbette kitaplarımızı dünyanın dört bir yanındaki akademisyenin dikkatine sunmak için sürekli olarak büyük bir tutku, beceri ve sağduyu ile çalışan Worth Publishers'ın mükemmel profesyonellerini de göz ardı etmemek gerekir: Kate Nurre, yönetici pazarlama müdürü; Clay Bolton, kıdemli pazarlama müdürü; Chelsea Simens, pazarlama asistanı; MacMillan Learning satışlarından sorumlu kıdemli başkan yardımcısı Greg David ve şirketin harika satış temsilcileri. Sizlere çok teşekkür ederiz.

Ve son iki not. İlk olarak tahmin edebileceğiniz gibi bu muhteşem projede birlikte çalışmayı biraz heyecan verici bulduk. Ancak aldığımız bu kişisel zevkin ötesinde ortak yazarlığımızın bu ders kitabına değerli bir karışım getirdiğine inanıyoruz. Bizler yalnızca bir baba ve oğul olmaktan ziyade aynı zamanda yaşamımızın ve kariyerlerimizin çok farklı noktalarında, farklı uzmanlık ve beceri alanlarında ve zaman zaman da farklı hassasiyetlerde olan psikoloji profesörleri ve klinisyenleriyiz. Bu kitabın yazımında bu tür farklılıklar arasında köprü kurmak hem profesyonel hem de kişisel olarak muazzam bir şekilde büyümemizi sağladı. Aynı şekilde bu iş birliğimizin okuyucularımız için de özel bir ders kitabı ortaya çıkarmış olduğunu umuyoruz.

Son olarak hem ders kitaplarımız açısından hem de daha genel olarak ne kadar şanslı olduğumuzun farkındayız. Hayatlarının bu önemli ve heyecan verici aşamasında bu kadar meraklı ve ufuk açıcı öğrenciyle çalışabildiğimiz için kendimizi çok ayrıcalıklı hissediyoruz. Benzer şekilde sevgili dostlarımıza ve olağanüstü ailemize, özellikle de muhteşem eşlerimiz Marlene ve Jami'ye, (Marlene aynı zamanda Jon'un annesidir.) harika oğlumuz/kardeşimiz Greg'e ve kızımız/gelinimiz Emily'e, Jon'un sevgi dolu kayınpederi ve kayınvalidesi Jim ve Mindy Furr'e ve hayatımızın ışıkları Delia (7 yaşında) ve Emmett'e (5 yaşında) sahip olduğumuz için kelimelerle ifade edilemeyecek kadar minnettarız.

Ronald J. Comer Jonathan S. Comer

Ocak, 2019



BÖLÜM

1

# ...Anormal Psikolojisi: Geçmişten Günümüze

*Johanne her gece uyumakta çok zorlanırdı. Gelecekte de mutlu olmayacağından emindi. Aslında emin olduğu tek şey de buydu zaten. "Acı çekeceğim, acı çekeceğim ve acı çekeceğim ve sadece ben değil, kızlarım da acı çekecek. Mahvolduk. Dünya aslında korkunç bir yer. Hayatımın her anından nefret ediyorum." Uyumakta büyük güçlük çekerdi. Gözlerini kapamaktan korkardı. Gözlerini kapattığında hayatına dair umutsuzluk -ve kızlarını da içine alan korkunç gelecek onun için daha da artardı. Uykuya daldığında ise rüyaları, korkunç görüntülerle- cesetler, çürümüş bitkiler, ölüm, yıkım dolu kabuslardan ibaretti.*

*Bazı sabahlar Johanne yataktan çıkmakta bile sorun yaşardı. Yeni bir güne uyanıyor olma düşüncesi onu boğardı. Kendisinin ve kızlarının ölmüş olmalarını dilerdi. "Bir an önce bitirelim şu işi. Böylesi herkes için çok daha iyi olacak." Kendini, yoğun depresyonu ve endişeleriyle daralmış, umutsuzluk duygusundan bunalmış ve hastalanmaktan korkmuş, hareket edemeyecek kadar bitkin, artık bir adım atamayacak kadar karamsar hissederdi. Böyle sabahlarda kızlarının yanına sokulur ve bütün günü kızlarıyla birlikte sıkış tıkış bir çadırda geçirirdi. Böyle durumlarda çürümeye terk edilmiş gibi hissederdi. Hayata karşı hem öfkeliydi hem de aynı zamanda ondan biraz korkardı.*

*Alberto, son bir yıldır işini bırakmasını, ailesini terk etmesini ve yaklaşan kıyamete hazırlanmasını söyleyen esrarengiz sesler duyuyordu. Bu sesler Alberto'nun hayatına büyük ölçüde sıkıntı ve duygusal karmaşa getirdi. Alberto bu seslerin, evrenin uzak bölgelerinde bulunan ve bir şekilde kendisiyle bağlantı kurabilen varlıklardan geldiğine inanıyordu. Bağlantı kurmak için seçilmiş hedef olmak, ona özel olma duygusu ile birlikte bir amaç verse de sesler kendini gergin ve endişeli hissetmesine yol açıyordu Alberto, diğerlerini de yaklaşan kıyamet konusunda uyarmak için elinden geleni yapıyordu. Seslerden gelen talimatlara uygun şekilde, internette kötü bir şey olacağına dair işaretlerle dolu makaleleri toparlıyor ve bu makalelerin altında yatan mesajların farkına varmaları için bu sayfalara yalvarırcasına açıklamalar ve yorumlar yazıyordu. Benzer şekilde, gelecekte olacak felaketi anlatan uzun, saçma YouTube videoları yayınlıyordu. Aldığı yorumlar ve geri bildirimlere bakıldığında genellikle insanlar onunla dalga geçiyor veya alay ediyordu. Eğer seslerin söylediklerini reddeder ve internette yorum ve videoları yayınlamayı durdurursa sesler ona hakaret ediyor, onu tehdit ediyor ve günlerini kâbusa dönüştürüyordu.*

*Alberto, düşmanlarının yemeğini zehirleme olasılığından korunmak için sınırlı bir diyet uyguluyordu. Eski uğrak yerlerinden uzakta, iyi bir silah ve cephane stoku oluşturabildiği sakin bir daire tuttu. Alberto'nun ailesi ve arkadaşları ilk etapta, onun davranışlarındaki bu ani ve tedirgin edici değişikliklere tanık olduktan ve karman çorman ve tuhaf videolarını izledikten sonra ona ulaşmaya, sorunlarını anlamaya ve onu bu rahatsız edici gidişattan vazgeçirmeye çalıştı. Ancak o, her gün gizemli sesler ve hayali tehlikelerle dolu iç dünyasına daha da çekilmekteydi.*

Çoğumuz muhtemelen Johanne ve Alberto'nun duygu, düşünce ve davranışlarını psikolojik açıdan anormal veya sıra dışı olarak değerlendiririz. Bunlar bazen *psikopatoloji, uyumsuzluk, duygusal rahatsızlık veya akıl hastalığı* olarak adlandırılan bir durumun sonucudur. (Bir sonraki sayfada ***PsikoKronoloji'ye*** bakın.) Bu terimler, insan beyni veya zihni ile yakından ilişkili olduğu düşünülen birçok sorun için kullanılır. Psikolojik anormallik ünlü olanı da olmayanı da zengini de fakiri de etkilemektedir. Günümüzün ve geçmişin ünlüleri, yazarları, politikacıları ve diğer topluma mal olmuş kişileri bu durumla mücadele etmiştir ve hâlâ da etmektedir. Psikolojik sorunlar, büyük sıkıntılara yol açabilir fakat aynı zamanda ilham ve enerji kaynağı da olabilirler.

Bu sorunlar, sıklıkla görülebildikleri ve kişiye özgü oldukları için aslında hepimizin ilgisini çeker. Yüzlerce roman, oyun, film ve televizyon programı birçok insanın, insan

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Psikolojik Anormallik Nedir?
  - Sapma
  - Sıkıntı
  - İşlev Bozukluğu
  - Tehlike
  - Anormalliğin Anlaşılması Zor Doğası
- Tedavi Ne demektir?
- Anormallik Geçmişte Nasıl Görülürdü ve Tedavi Edilirdi?
  - Geçmişteki Görüşler ve Tedaviler
  - Yunanlılar ve Romalıların Görüşleri ve Tedavileri
  - Orta Çağ'da Avrupa: Şeytan Biliminin Geri Dönüşü
  - Rönesans ve Akıl Hastanelerinin Ortaya Çıkışı
  - On Dokuzuncu Yüzyıl: Reform ve İnsani Tedavi
  - Yirminci Yüzyılın Başları: Somatojenik ve Psikojenik Yaklaşımlar
- Son Yıllar ve Güncel Yaklaşımlar
  - Ağır Düzeyde Rahatsızlığı Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir?
  - Hafif Düzeyde Rahatsızlığı Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir?
  - Bozuklukları Önlemeye ve Ruh Sağlığını Geliştirmeye Verilen Önemde Artış
  - Psikolojide Çok Kültürlülük
  - Sigorta Kapsamının Artan Etkisi
  - Günümüzde Öne Çıkan Kuramlar ve Meslekler
  - Akıl ve Teknoloji
- Klinik Araştırmacılar Ne Yapar?
  - Vaka Çalışması
  - Korelasyonel Yöntem
  - Deneysel Yöntem
  - Diğer Araştırma Desenleri
  - Klinik Araştırmaların Sınırlılıkları Nelerdir?
  - Katılımcıları Koruma
- Sona Doğru

## PSİKOKRONOLOJİ

### Sözel İfadelerin İlk Ortaya Çıkışı

"Anormal" ve "akıl hastalığı/zihinsel rahatsızlık" gibi kelimeleri o kadar sık kullanırız ki bu terimlerin çok kısa bir zaman öncesine kadar var olmadığını unuturuz. Bu ve benzer kelimeler (argo terimler de dâhil olmak üzere) ilk olarak ne zaman ortaya çıktı? *Oxford İngilizce Sözlüğü* bunlar için aşağıdaki tarihlere dikkat çekmektedir.




doğasının karanlık yüzü olarak gördüğü şeyleri araştırmaktadır ve bu konularda pek çok kendi kendine yardım kitapları bulmak mümkündür. Ruh sağlığı uzmanları hem televizyonda hem de radyoda popüler konuklardır hatta bazılarının kendi programları, internet siteleri ve blogları bile vardır.

Bu kadar çekici bulduğumuz sorunların bilimsel çalışmasına ayrılmış alana genellikle **anormal psikolojisi** denir. Her bilimde olduğu gibi bu alanda çalışan bilim insanları inceledikleri olguları tanımlayabilmek, açıklamak ve tahmin edebilmek için sistematik olarak bilgi toplar. Elde ettikleri bilgiler daha sonra anormal işleyiş kalıplarını tespit etme, değerlendirme ve tedavi etme rolü olan *klinik uygulamacılar* tarafından alanda kullanılır.

**Neden psikolojik bozukluğu olan karakterleri canlandıran oyuncular performansları için daha fazla ödül alma eğilimi gösterirler?**



Eric Lafforgue/Art in All of Us/Getty Images

**Sapma ve anormallik** Bu kadın, tıpkı Myanmar'daki (Burma) bazı kabilelerde yaşayan diğer kadınlar gibi saldırganları püskürtmek ve kaçırılmayı engellemek için yüzyıllar önce başlayan bir geleneği takip ederek yüzünün tamamına siyah çizgilerden oluşan ayrıntılı bir deseni kalıcı dövme olarak yaptırmıştır. Batı toplumunda bu türden tüm yüze şekiller çizmek genel kabul gören toplumsal normlara aykırı olabilir ve anormal olarak değerlendirilebilir.

## Psikolojik Anormallik Nedir?

Genel anlamda diğer bilim insanlarının amaçlarına benzer olsa da bu alanda çalışan bilim insanları ve uygulamacıların işlerinin bir parça daha zor olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu sorunların en rahatsız edici olanlarından biri, psikolojik anormalliği tam anlamıyla tanımlamanın çok zor olmasıdır. Johanne ve Alberto'yu bir kez daha düşünün. Yukarıda bu kişilere dair anlatılanları neden kolaylıkla anormal olarak adlandırabiliyoruz?

Yıllar içinde birçok anormallik tanımı pek çok kez yapılmış olsa da hiçbiri tam bir kabul görmemiştir (Bergner ve Bunford, 2017, 2014). Yine de tanımların çoğunun, genellikle İngilizce karşılıkları sebebiyle "dört D" olarak adlandırılan belirli ortak özellikleri vardır: sapma, sıkıntı, işlev bozukluğu ve tehlike. Yani psikolojik anormallik kalıpları öncelikle tipik olarak normalden *sapmayı* içerir (farklı, aşırı, hatta belki de olağandışı), *sıkıntı verir* (kişi için nahoş ve üzücüdür), *işlev sorunu yaratır* (Kişinin günlük etkinliklerini yapıcı bir şekilde yürütmesini engeller.) ve muhtemelen *tehlikelilik* de arz eder. Bu tanım, psikolojik anormallik olgusunu keşfetmek için yararlı bir başlangıç noktası sunar. Ancak göreceğiniz gibi bunların da bazı sınırlılıkları vardır.

### Sapma

Anormal davranış, normal ve olağandan *sapma* olarak tanımlanabilir; peki tam olarak neyden ve ne kadar sapma? Johanne ve Alberto'nun davranışları, düşünceleri ve duyguları, bizim yaşadığımız yerde ve zamanda ve çoğunluk

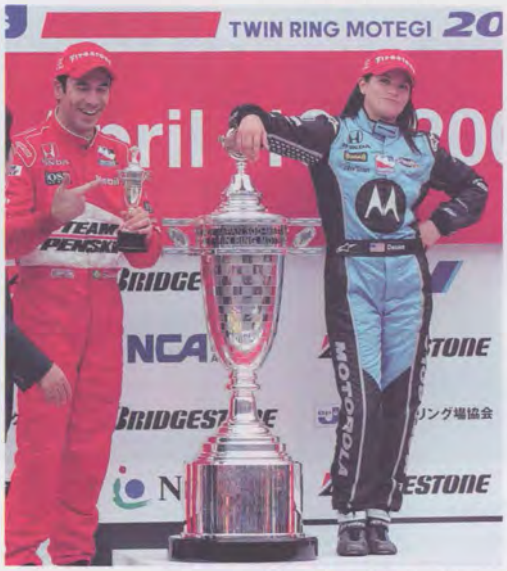
tarafından normal olarak kabul edilenlerden oldukça farklı görünmektedir. İnsanlardan her gece uyumak için çabalamalarını, dünyadan nefret etmelerini, ölmeyi dilemelerini veya kimsenin duymadığı seslere itaat etmelerini beklemeyiz.

Kısacası anormal davranışlar, düşünceler ve duygular, bir toplumun uygun davranışlar hakkındaki normlarından belirgin şekilde farklı olanlar olarak görülür. Her toplum kendisi için uygun davranışlar için **normlar** -daha evvel belirlenmiş, ama açıkça belirtilmemiş kurallar- belirler. Örneğin yasal normları ihlal eden davranışlar, suç olarak görülür. Psikolojik işlevselliğin normlarını bozan davranış, düşünce ve duygular ise anormal olarak adlandırılır.

Anormalliği neyin oluşturduğuna ilişkin yargılar toplumdan topluma değişmektedir. Bir toplumun normları o toplumun kendine özgü **kültüründen** yani tarihinden, değerlerinden, kurumlarından, alışkanlıklarından, becerilerinden, teknolojisinden ve sanatından oluşur. Rekabete ve girişkenliğe değer veren bir toplum saldırgan davranışı kısmen kabul edebilir; oysa iş birliği ve nezakete önem veren bir toplum, saldırgan davranışı hiç kabul etmez hatta anormal olarak görebilir. Diğer yandan bir toplumun değerleri de zamanla değişebilir ve bu da psikolojik olarak anormal olan şeylere ilişkin görüşlerin değişmesine neden olabilir. Batı toplumunda, örneğin, büyük bir şirketi yönetmek veya hatta ülkeye liderlik etmek isteyen bir kadın, bundan yüz yıl önce uygunsuz hatta hayal dünyasında yaşayan biri olarak kabul edilirdi. Bugün ise bu yaklaşım ayrıca değerli görülmektedir.

Anormalliğe dair yargılar kültürel normların yanı sıra *belirli koşullara* da bağlıdır. Örneğin ya Johanne'nin bir Haiti vatandaşı olduğunu, mutsuzluğunun ve karamsarlığının aslında 12 Ocak 2010'da Batı Yarım Küre'nin en fakir ülkesi olan Haiti'yi vuran depreminden sonra başladığını öğrensek ne düşünürüz? Tarihin en büyük doğal afetlerinden biri olan deprem, 250.000 Haitili'nin ölmesine ve 1,5 milyon kişinin evsiz kalmasına yol açtı. Haiti'deki evlerin ve binaların yarısı anında enkaza dönüştü ve ülkenin elektrik de dâhil olmak üzere pek çok güç kaynağı yok oldu. Çadır kentler, çoğu insan için evlerin yerini aldı (Dube ve diğerleri, 2018).

Depremi takip eden haftalarda ve aylarda Johanne, ihtiyacı olan yardımı tam anlamıyla alamayacağını ve bir zamanlar hayatına anlam katmış olan arkadaşlarını ve komşularını kaybettiği için onları bir daha asla göremeyeceğini kabul etmek zorunda kaldı. Kendisi ve kızları ülke genelinde geçici bir çadırdan veya barınaktan bir diğerine taşınırken her zaman ciddi hastalıklara yakalanma riski altında yavaş yavaş hayatının normale döneceği günlere dair umudunu da yitirdi. Bu bilgiler ışığında Johanne'nin tepkileri pek de uygunsuz görünmüyor, öyle değil mi? Eğer burada anormal diye bir şey varsa o da Johanne'nin içinde bulunduğu fiziksel koşullardır. İnsanların yaşadığı birçok olay, yoğun tepkilere neden olabilir -maddi olarak çöküş veya iflas, büyük ölçekli afetler ve felaketler, tecavüz, çocuk istismarı, savaş, ölümcül hastalık, kronik ağrı vb. (Compean ve Hamner, 2019; Scott ve diğerleri, 2018) O hâlde bu tür şeylere "uygun" tepki vermenin bir yolu var mıdır? Bu tür deneyimlere verilen tepkileri anormal olarak adlandırabilir miyiz?




AP Photo/Katsumi Kasahara

**Zaman değişiyor** Daha önce bir kadının yarış arabası sürme isteği garip hatta anormal olarak değerlendirilebilirdi. Kısa süre önce emekli olan Danica Patrick (sağda) Amerika'nın en iyi yarış arabası sürücülerinden biri oldu. Patrick'in 2008 Indy Japan 300 otomobil yarışındaki birincilik ödülü ile yanındaki erkek sürücü Hélio Castroneves'in ikincilik ödülü arasındaki fark, kadınların bu sporda ne kadar ilerlediğini gösteriyor.

## Sıkıntı

Olağandışı kabul edilen davranışlar bile her zaman anormal olarak nitelendirilmez. Pek çok klinik kuramcıya göre davranışlar, düşünceler veya duygular genellikle anormal olarak etiketlenmeden önce *sıkıntıya* neden olmak zorundadır. Michigan'da, Kasım'dan Şubat'a kadar her hafta sonu eyalet boyunca göllerde yüzmeye giden bir grup insan olan Buz Kırıcıları düşünün. Hava ne kadar soğuksa bu kişiler gölde yüzmeyi o kadar çok severler. Grubun 17 yıldır üyesi olan bir adam, insanın doğaya karşı meydan okumasını sevdiğini söylüyor. 37 yaşındaki bir avukat, her hafta yaşadığı şoklamanın sağlığı için iyi olduğuna inanıyor. "Beni temizliyor." diyor. "Beni canlandırıyor ve bana güç veriyor." Bu insanlar kesinlikle çoğumuzdan farklı ancak davranışları gerçekten anormal mi? Sıkıntı yaşamak bir yana kendilerini enerjik ve doğaya meydan okumuş hissediyorlar. Yaşadıkları olumlu duygular, anormal şekilde davrandıklarına karar vermeden önce bir kez daha düşünmemize neden olmalı, öyle değil mi?

**anormal psikoloji:** Davranışların anormal kalıplarını tanımlamak, açıklamak, öngörmek ve değiştirmek için yapılan anormal davranışların bilimsel çalışması.

**normlar** Bir toplumun uygun davranışlar için belirlenmiş ve açıkça belirtilmemiş kuralları.

**kültür** Bir halkın ortak tarihi, değerleri, kurumları, alışkanlıkları, becerileri, teknolojisi ve sanatı.



Daniel Zuchnik/Getty Images

**Bağlam önemlidir** Süpergirl ve Süperman gibi giyinmiş bir çift, New York'ta bir caddede yürürken durur ve yukarı doğru işaret eder. Görünüşleri ve davranışları psikolojik açıdan sıra dışı ve işlevsizliği işaret edebilir. Ama bu çiftin o esnada çizgi roman vb. için ülke çapında düzenlenen birçok popüler kongreden biri olan 2016 Comic-Con'a katıldığını düşününce işler değişebilir.

Öyleyse bir kişinin davranışının anormal olarak kabul edilebilmesi için sıkıntı duygusunun her zaman mevcut olması gerektiği sonucuna varmalı mıyız? Tam olarak değil. Anormal şekilde davranan bazı insanlar, olumlu bir düşünce yapısına sahip olabilir. Gizemli sesler duyan genç adam Alberto'yu bir kez daha düşünün. Ya durumundan sıkıntı duymak yerine, bu sesleri dinlemekten hoşlanıyor olsaydı, seçilmiş olmaktan dolayı gurur duyuyor olsaydı, internetten uyarılar göndermeyi seviyor olsaydı ve dünyayı kurtarmayı heyecanla bekliyor olsaydı? Yine de onun davranışlarını anormal olarak görmemiz gerekir mi gerekmez mi?

## İşlev Bozukluğu

Anormal davranış, *işlevsiz* olma veya işlev kaybına neden olma eğilimindedir yani gündelik işlevsellik kavramı ile çatışır. Bu durum insanları o kadar üzer, dikkatlerini dağıtır veya kafalarını karıştırır ki insanlar kendilerine düzgün bir şekilde bakamazlar, olağan sosyal etkileşimlere katılamazlar veya üretken bir şekilde çalışamazlar. Örneğin Alberto; işini bıraktı, ailesini terk etti ve bir zamanlar yaşadığı üretken hayattan uzaklaşmaya başladı. Toplumumuz, günlük aktiviteleri etkili bir şekilde yürütmenin önemli olduğuna inandığından Alberto'nun davranışı büyük olasılıkla anormal ve istenmeyen bir şey olarak değerlendirilir. Diğer yandan işlerinde iyi performans göstermeye devam eden ve tatmin edici ilişkilerden zevk alan Buz Kırıcılar muhtemelen sadece olağandışı olarak görülebilir.

## Tehlike

Belki de asıl psikolojik işlevsizlik, kişinin kendisi veya başkaları için *tehlikeli* hâle gelen davranışlarıdır. Sürekli olarak kayıtsız, düşmanca, saldırgan veya öngörülemez davranışları olan kişiler, kendilerini veya etrafındakileri riske atıyor olabilir. Örneğin Alberto, yeme alışkanlığı ile kendisini ayrıca silah ve cephane stoku nedeniyle diğerlerini tehlikeye atıyor gibi görülebilir.

Tehlike genellikle psikolojik açıdan anormal davranışın spesifik bir özelliği olarak gösterilse de araştırmalar bunun kuraldan çok aslında istisna olabildiğini gösteriyor (Taylor, 2018; Bonnet vd., 2017). Kaygı, depresyon hatta tuhaf düşüncelerle boğuşan çoğu insan, kendileri veya başkaları için her zaman doğrudan bir tehlike oluşturmayabilir.

## Anormalliğin Anlaşılması Zor Doğası

Psikolojik anormalliği tanımlamaya yönelik çabalar genellikle cevapladıkları kadar çok sorunun ortaya çıkmasına da neden olabilir. Sonuç olarak bir toplum anormalliği tanımlamak için bazı kriterler belirler ve daha sonra bu kriterleri de belirli durumları değerlendirmek için kullanır. Bir klinik kuramcı olan Thomas Szasz (1920-2012), bu durumun tanımlanmasında toplumun rolüne o kadar vurgu yapmıştır ki akıl hastalığı kavramını gereksiz bir kavram ve hatta bir tür *efsane* olarak tanımlamıştır (Szasz, 2011, 1963, 1960). Szasz'a göre toplumun anormal olarak tanımladığı sapmalar, kişide bir sorun olduğunun işareti değil, basitçe "yaşamda karşılaştığımız sorunlar"dır.

Psikolojik anormalliğin geçerli bir kavram olduğunu ve tam olarak tanımlanabileceğini varsaysak bile yaptığımız tanımı tutarlı bir şekilde her zaman uygulayamayabiliriz. Bir davranış -mesela üniversite öğrencileri arasında aşırı alkol kullanımı- yeterince yaygınsa toplum bu davranışı normalden sapmış, sıkıntılı, işlevsiz ve tehlikeli olarak görmede zorlanabilir. Diğer yandan Amerika Birleşik Devletleri'ndeki binlerce üniversite öğrencisi alkol bağımlılığı sorunu yaşıyor; bu durum, kişisel ve akademik yaşantılarında sorunlara yol açar, onlara ve yakınlarına büyük oranda sıkıntı verir, sağlıklarını tehlikeye atar ve sıklıkla kendilerini ve çevrelerindekileri de tehlikeye atar (Martin ve Chaney, 2018; Testa ve Cleveland, 2017). Yine de bu tür sorunlar fark edilemeyebilir veya teşhis konmaz. Alkol, üniversite alt kültürünün o kadar bir parçası olmuştur ki anormal hâle gelen alkol alma davranışını gözden kaçırmak kolaydır.

### #ÖzlüSözler

"Gök cisimlerinin hareketini hesaplayabilirim ama insanların çılgınlığını hesaplayamam."

Sir Isaac Newton

**Hangi davranışlar normalden sapmış, sıkıntılı, işlevsiz veya tehlikeli kriterlerine uyuyor ancak çoğu insan tarafından anormal olarak kabul edilmiyor sizce?**

Diğer yandan bir toplum, müdahale gerektiren bir anormalliği, başkalarının müdahale etme hakkına sahip olmadığı alışılmadık bir yaklaşım olan *eksantrikliklerden* ayırmakta da güçlük çekebilir. Zaman zaman, iki düzine kediyle birlikte yaşayan ve nadiren çevresindeki diğer insanlarla konuşan bir adam gibi garip olduğunu düşündüğümüz şekilde davranan insanları görür veya duyarız. Bu tür insanların davranışları normalden sapma olarak görülebilir, sıkıntıya ve işlev kaybına yol açıyor olabilir fakat pek çok uzman bunun anormal değil de eksantrik veya sıra dışı olduğunu düşünür (bk. ***PsikoKronoloji***).

Kısacası, psikolojik anormallikleri normalden sapan, sıkıntıya ve işlev kaybına yol açan ve de bazen tehlikeli olarak görülen davranış kalıpları olarak tanımlama konusunda hemfikir olabiliriz ama bu kriterlerin her zaman çok açık, net ve öznel olduğu konusunda emin olmalıyız. Buna karşılık bu kitapta karşılaşacağınız güncel anormallik sınıflandırmalarından yalnızca birkaçı göründüğü kadar nettir, klinisyenler birçoğu ile ilgili tartışmaya devam etmektedir.

## PSİKOKRONOLOJİ

### Sıradışı Bir Yaşam Tarzı Seçmek: Eksantrikler

- Yazar **James Joyce**, yanında her zaman kadın külotu taşırdı ve bir şeyi onayladığını göstermek için bunu havada sallardı.
- **Benjamin Franklin**, sağlığı için açık bir pencerenin önünde çıplak bir şekilde oturarak "hava banyosu" yapardı.
- **Alexander Graham Bell**, dolunay ışığından korunmak için evinin pencerelerini tamamen kapatırdı. Ayrıca köpeğine nasıl konuşulacağını öğretmeye çalışırdı.
- Yazar **D. H. Lawrence**, kıyafetlerini çıkararak çırılçıplak dut ağaçlarına tırmanmayı çok severdi.

Bu ünlü kişiler eksantrik olarak görülebilir. Eksantrik kelimesinin sözlük anlamı, yaygın davranış kalıplarından sapan veya garip ya da tuhaf davranışlar sergileyen kişidir. Fakat tuhaf alışkanlıklara sahip, psikolojik olarak sağlıklı bir kişi ile tuhaflığı aslında bir tür psikopatoloji belirtisi olan bir kişiyi nasıl ayrıştırabiliriz? Eksantrikler üzerine çok az araştırma yapılmıştır ancak birkaç çalışma bazı görüşler sunmaktadır (Weeks, 2015; Neuman, 2013; Weeks ve James, 1995). Araştırmacı David Weeks (2015), 1.000 eksantrik olarak görülen kişi ile çalışmış ve her 5.000 kişiden 1'inin "kesin, tam olarak eksantrik" olarak tanımlanabileceği yönünde tahmin yürütmüştür. Weeks, çalışmasındaki eksantriklerin sahip olduğu ortak 15 özellik saptamıştır: ***uyumsuzluk, yaratıcılık, güçlü merak, idealizm, uç noktalarda ilgi alanları ve hobiler, yaşamları boyunca farklı olma bilinci, yüksek zekâ, açık sözlü olma, rekabet gücü olmama, tuhaf yeme ve yaşama alışkanlıkları, başkalarının fikirlerine veya arkadaşlığına karşı ilgisizlik, muzip mizah anlayışı, evlenmeme, en büyük veya tek çocuk olma ve kötü dil bilgisi düzeyine sahip olma.***


AP Photo/Thanh Nien

Weeks, eksantriklerin genellikle ruhsal rahatsızlıklardan muzdarip olmadığını öne sürmektedir. Ruhsal rahatsızlıklan olan kişiler alışılmadık davranışlan istemeden sürdürürken ve genellikle bu davranışlan onların acı çekmesine neden olurken, eksantrik kişiler eksantrikliği kendi istekleri ile seçerler ve bunlan sergilemekten zevk alırlar. Kısaca "Eksantrikler farklı olduklannı ve eksantrikliğin içinde mutluluğu bannndırdığını bilirler." (Weeks ve James, 1995, s. 14) Benzer olarak eksantriklerin düşünce süreçleri de ciddi bir şekilde bozulmaz ve bu kişilerde işlev sorunu yaratmaz. Hatta Weeks, çalışmasındaki eksantriklerin genel popülasyondaki bireylerden daha az duygusal sorunlara sahip olduğunu bulmuştur. Belki de "orijinal" olmak ruh sağlığı için iyidir, kim bilir!

**Eksantrik ama anormal değil:** Tran Van Hay, uzunluğu 6 metreden fazla olan saçını sanki bir kobra gibi vücudunun etrafında tutuyor. 2010 yılında öldüğünde 50 yıldır saçını kestirmemişti ve saçını sadece birkaç kez yıkamıştı. Vietnamlı adam diğer yandan saygı duyulan üretken bir bitki uzmanı olarak çalıştı ve yaşadı, ayrıca ihtiyacı olan birçok insana da destek oluyordu. Sadece saçının uzun hâlini seviyordu -dünyadaki diğer insanlarınkinden daha uzun hâlini...

## ...ÖZETLE

**PSİKOLOJİK ANORMALLİK NEDİR?** Anormal davranış genellikle normalden sapan, sıkıntı ve işlev sorunu yaratan ve tehlikeli olarak kabul edilir. Ancak davranış, ortaya çıktığı bağlamda da değerlendirilmesi gerektiğinden anormallik kavramı söz konusu toplumun normlarına ve değerlerine bağlıdır.

# Tedavi Nedir?

Klinisyenler, bir kişinin gerçekten herhangi bir psikolojik anormallikten sıkıntı çektiğine karar verdikten sonra onu tedavi etmeye çalışırlar. **Tedavi** veya **terapi**, anormal davranışı daha normal davranışa dönüştürmek için tasarlanmış bir süreç olarak görülebilir ve dikkatli bir şekilde değerlendirme sürecini gerektirir. Klinik bilim insanları için sorun, anormalliğin tanımlanmasıyla yakından ilişkilidir. Bill'in durumunu değerlendirelim:

***Şubat ayı:*** *Bill evden çıkamamaktadır ve bu durumun farkındadır. Ev, kendini güvende hissettiği tek yerdir -aşağılanmaktan, tehlikeden, hatta mahvolmaktan koruyan tek yer. Ona göre işe gidecek olsa iş arkadaşları bir şekilde onu küçümsediklerini belli ederlerdi. İğneleyici bir yorum, sorgulayıcı bir bakış gerçek mesajı alması için gereken tek şeydir neredeyse. Mağazada alışverişe çıkacak olsa çok geçmeden herkesin onu süzmeye başladığını hissederdi. Şüphesiz diğerleri onun karanlık ruh hâlini ve düşüncelerini görüyordu, onlardan bunu saklayamazdı. Ormanda tek başına yürüyüşe gitmeye bile cesaret edemezdi -kalbi, muhtemelen, hızlı hızlı atmaya başlayarak onu dizlerinin üzerine düşürecek ve nefessiz, tutarsız ve eve dönemeyecek hâle getirecekti. Hayır, hayat denen bu lanetin bir diğer akşamının daha geçmesini beklerken odasından çıkmamak çok daha iyiydi. Şükürler olsun ki internet vardı. Haber sitelerini, blog sayfalarını ve çevrimiçi forumları takip etmeseydi dünyadan tamamen kopmuş olacağını biliyordu.*

***Temmuz ayı:*** *Bill'in hayatı, arkadaş çevresinin etrafında dönmektedir; yakın zamanda müşteri ilişkileri direktörlüğüne terfi eder ve bu şubeden tanıdığı Bob ve Jack ile hafta sonu tenis oynadığı arkadaşları Frank ve Tim. Bu grup, her hafta birinin evinde akşam yemeği için bir araya gelir ve hayat, politika ve işleri hakkında sohbet ederlerdi. Janice'in, Bill'in hayatında bilhassa ayrı bir yeri vardı. Birlikte sinemaya, restorana ve gösteriye gidiyorlardı. Janice, Bill'in harika olduğunu düşünmekteydi ve Janice yanındayken Bill'in gözlerinin içi gülmekteydi. Bill, her gün işe gitmeyi ve müşterilerle bire bir ilgilenmeyi dört gözle beklemekteydi. Birçok faaliyette ve ilişkide yer almaktaydı ve hayattan daha çok keyif almaktaydı.*




Courtesy Adam Ortiz

**Terapi ... ne değildir:** Ciro Ortiz, 11 yaşında, New York City metro durağında her hafta bir "terapi" ofisi kurdu. Kendisine Duygusal Tavsiye Çocuğu adını vererek her yaştan insanla çeşitli psikolojik sorunlar hakkında konuştu ve beş dakikalık bir seans için 2 dolar aldı. Ciro'nun tavsiyesi birçok kişi için terapötik gelebilir ancak bu tam olarak bir psikoterapi değildir. Buradaki konuşmalarda örneğin "eğitimli bir terapistin" yanı sıra terapist ile danışan arasında profesyonel ve sistematik temas ve ilişki yok.

Bill'in düşünceleri, duyguları ve davranışları Şubat ayında hayatının tüm yönlerine engel olmaktaydı. Yine de belirtilerinin çoğu Temmuz ayına kadar ortadan kaybolmuş görünüyor. Bill'in gelişimine her türlü faktör katkıda bulunmuş olabilir -arkadaşlarından ve aile üyelerinden gelen tavsiyeler, yeni bir iş veya tatil, belki de diyetinde veya egzersiz alışkanlığında büyük bir değişiklik. Bunların herhangi biri veya tümü Bill için yararlı olabilir ancak bunlar tedavi veya terapi olarak kabul edilemez. Bu terimler genellikle insanların psikolojik zorluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için özel, sistematik yöntemler için kullanılmaktadır. Öncü bir klinik teorisyen olan Jerome Frank'e göre tüm terapi türlerinin üç temel özelliği vardır:

1. Terapistten yardım bekleyen bir *danışan*
2. Uzmanlığı danışan ve onun sosyal grubu tarafından kabul edilen eğitimli, sosyal olarak kabul görmüş bir *terapist*
3. Terapistin danışanın duygusal durumunda, tutumlarında ve davranışlarında belirli değişiklikler üretmeye çalıştığı, terapist ile danışan arasında gerçekleşen bir *dizi temas*

(Frank, 1973, s. 2-3)

Görünüşte basit olan bu tanıma rağmen, klinik anlamda tedavi kavramı fikir ayrılıkları ve bazen kafa karışıklığı ile çevrilidir. Bazı klinisyenler anormalliği bir hastalık olarak görür ve bu nedenle tedaviyi, hastalığı *iyileştirmeye* yardımcı olan bir süreç olarak kabul eder. Diğerleri ise anormalliği bir tür yaşam sorunu olarak görür ve terapistleri daha işlevsel davranış ve düşüncenin *destekleyicileri* olarak görür. Klinisyenler, terapi alan kişiye ne isim verileceği konusunda bile farklı düşünür: Anormalliği bir hastalık olarak görenler "hastadan" bahsederken, bunu bir yaşam sorunu olarak görenler "danışan" diye hitap eder. Her iki terim de çok yaygın olduğundan bu kitapta bu terimler birbirinin yerine kullanılacaktır.

Farklılıklarına rağmen çoğu klinisyen, çok sayıda insanın şu veya bu türden bir terapiye ihtiyacı olduğu konusunda hemfikirdir. İlerleyen bölümlerde, terapinin gerçekten de çoğu zaman yardımcı olduğuna dair kanıtlarla karşılaşacaksınız.

**tedavi** anormal davranışı normal davranışa dönüştürmek için tasarlanmış sistematik bir yöntemdir. Terapi olarak da adlandırılır.

**trefinasyon (kafatasını delme işlemi)** Anormal davranışları tedavi etmek için kafatasının trefinasyon bölümüne yapılan eski bir operasyondur.

## ÖZETLE

**TEDAVİ NEDİR?** Terapi, insanların psikolojik zorluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olan sistematik bir yöntemdir. Tipik olarak bir hasta, bir terapist ve bir dizi terapötik temas gerektirir.

# Anormallik Geçmişte Nasıl Görülürdü ve Tedavi Edilirdi?

Herhangi bir zaman diliminde, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerin yüzde 30'unun ve çocukların ve ergenlerin yüzde 19'unun ciddi psikolojik rahatsızlıklar yaşadığı ve klinik tedaviye ihtiyaç duyduğu rapor ediliyor (Williams ve diğerleri, 2018; Kessler ve diğerleri, 2015, 2012, 2009; Merikangas vd., 2013). Diğer ülkelerdeki oranlar da buna benzer şekilde yüksektir. Bu kadar çok psikolojik sorundan modern dünya ile ilgili bir şeyin sorumlu olduğu sonucuna varmak kulağa çok cazip geliyor, öyle değil mi? - muhtemelen teknolojide çok hızlı değişim, sonuç olarak ortaya çıkan istihdam kayıpları, terörizm tehdidi veya din, aile veya diğer destek sistemlerindeki bozulmalar (Elhai ve diğerleri, 2017). Ancak ilerleyen bölümlerde göreceğimiz gibi geçmişte ve günümüzde her toplum psikolojik anormalliklere tanıklık etmiştir.

## Geçmişteki Görüşler ve Tedaviler

Antik toplumlara dair ortaya çıkarılan kemikleri, sanat eserlerini ve diğer kalıntıları inceleyen tarihçiler, bu toplumların anormal davranışları kötü ruhların eseri olarak gördükleri sonucuna varmışlardır. Görünüşe göre tarih öncesi toplumlardaki insanlar çevrelerindeki ve içlerindeki tüm olayların dünyayı kontrol eden sihirli, bazen uğursuz varlıkların eylemlerinden kaynaklandığına inanıyorlardı. Özellikle insan vücudunu ve zihnini, iyi ve kötünün dış güçleri arasında bir savaş alanı olarak gördüler. Anormal davranış, genellikle kötü ruhlar tarafından bir zafer olarak yorumlandı ve bu tür davranışların tedavisi de şeytanı kurbanın bedeninden zorlayarak çıkarmaktı.



Professor John Verano

**Kötü ruhları kovmak** Eski çağlardan kalma bu kafatasındaki iki delik, muhtemelen kişinin, kötü ruhların çıkarılması ve zihinsel işlev bozukluğunun iyileştirilmesi amacıyla trefinasyon geçirdiğini göstermektedir.

Anormalliğe dair bu doğaüstü görüş, yarım milyon yıl önce Taş Devri'ne kadar uzanıyor olabilir. Avrupa ve Güney Amerika'da bu döneme ait bazı kafatasları incelendiğinde kafatasının dairesel bir bölümünü kesmek için taş bir aletin veya *trefinin* kullanıldığı, bu işleme de **trefinasyon** (kafatası delme) dendiğinin ipuçlarını barındırmaktadır (Verano, 2017; Wang, 2017). Hatta bazı tarihçiler, bu erken dönem operasyonun biçiminin,

**vücut sıvıları** Yunanlılara ve Romalılara göre zihinsel ve fiziksel işlevselliği etkileyen bedensel kimyasallar.

**Asylum-Akıl hastaneleri** İlk olarak on altıncı yüzyılda ruhsal bozukluğu olan kişilere bakım sağlamak için popüler hâle gelen bir tür kurum. Çoğu akıl hastanesi sanal hapishane hâline geldi.

insanların gerçekte var olmayan şeyleri gördüğü veya duyduğu halüsinasyonlar veya aşırı üzüntü ve hareketsizlikle tanımlanabilecek melankoli gibi ciddi anormal davranışların tedavisi için yapıldığı sonucuna varmışlardır. Kafatasını açmanın amacı, soruna neden olduğu varsayılan kötü ruhları serbest bırakmaktı (Selling, 1940).

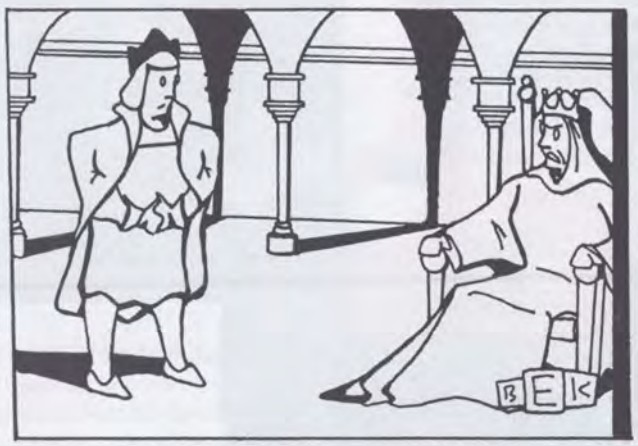
Daha sonraki toplumlar da anormal davranışları şeytanlar tarafından sahiplenilmeye işaret ederek açıkladı. Mısır, Çin ve İbranice yazıların tümü psikolojik sapmayı bu şekilde açıklamaktadır ve İncil, Tanrı'dan gelen kötü bir ruhun Kral Saul'u nasıl etkilediğini ve düşmanlarını ilahi güçler tarafından ziyaret edildiğine ikna etmek için Davut'un nasıl delilik numarası yaptığını anlatır.

**Şeytan çıkarma dışında ne tür şeytani açıklamalar veya tedaviler, bugün hala var olmaya devam ediyor ve neden bu kadar kalıcılar?**

Bu eski toplumlarda anormalliğin tedavisi genellikle *şeytan çıkarma* idi. Buradaki fikir, kötü ruhları terk etmeleri için ikna etmek ya da kişinin bedenini yaşamak için rahatsız edici bir yer haline getirmek düşüncesine dayanıyordu. Bir *şaman* veya rahip çeşitli dualar okur, kötü ruhlara yalvarır, ruhlara hakaret eder, büyüler yapar, rahatsız edici yüksek sesler çıkarır veya kişiye acı iksirler içirirdi. Bu teknikler başarısız olursa, şaman kişiyi kırbaçlamak veya aç bırakmak gibi daha şiddetli bir şeytan çıkarma yöntemi uygulardı.

## Yunanlılar ve Romalıların Görüşleri ve Tedavileri

Yaklaşık MÖ 500'den MS 500'lü yıllara, Yunan ve Roma medeniyetleri geliştiğinde, filozoflar ve doktorlar anormal davranışlar için farklı açıklamalar ve tedaviler önerdiler. Genellikle modern tıbbın babası olarak anılan Hipokrat (MÖ 460-377), hastalıkların *doğal* nedenleri olduğunu vurguladı. Anormal davranışı iç fiziksel problemlerden kaynaklanan bir hastalık olarak gördü. Spesifik olarak bu durumdan bir tür beyin patolojisinin sorumlu olduğuna ve bunun da -onun görüşüne göre diğer tüm hastalık türlerindeki gibi- vücutta salgılanan dört sıvı veya **salgıdaki** dengesizlikten kaynaklandığına inanıyordu: *sarı safra, kara safra, kan ve balgam* (Smith ve Smith, 2016). Örneğin aşırı sarı safra, coşkulu bir aktivite durumu olan *maniye* neden olmaktaydı; aşırı kara safra ise sarsılmaz bir üzüntüyle tanımlanmış bir durum olan *melankolinin* kaynağı idi.




Bruce Eric Kaplan, The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Bana yeni kıtadan bahset. Kendin hakkında ne keşfettiğin umrumda değil."*

Hipokrat, psikolojik işlev bozukluğunu tedavi etmek için altta yatan fiziksel patolojiyi düzeltmeye çalıştı. Örneğin melankolinin altında yatan aşırı kara safranın sessiz bir yaşam, sebzelerden oluşan bir diyet, ölçülülük, egzersiz, bekarlık hatta kanama ile azaltılabileceğine inanıyordu. Hipokrat'ın anormal davranışların içsel nedenlerine odaklanması, büyük Yunan filozofları Platon (MÖ 427-347) ve Aristoteles (MÖ 384-322) ve sözü geçen Yunan ve Romalı doktorlar tarafından kabul görmüştür.

## Orta Çağ'da Avrupa: Şeytan Biliminin Geri Dönüşü

Yine de Yunan ve Romalı doktorların ve akademisyenlerin aydın görüşleri, sıradan insanların iblislere olan inancını sarsmaya yetmedi ve Roma'nın düşüşüyle şeytani görüşler ve uygulamalar bir kez daha popüler oldu. Bilime karşı artan bir güvensizlik Avrupa'ya yayıldı.

Orta Çağ olarak bilinen dönem olan MS 500'den 1350'ye kadar tüm Avrupa'da din adamlarının gücü büyük ölçüde arttı. O günlerde kilise bilimsel araştırmaları reddetti ve tüm eğitimi kontrolü altına aldı. Son derece batıl inançla ilişkili ve şeytani olan dinî inançlar, hayatın her alanına hâkim oldu. Sapkın davranış, özellikle psikolojik anormallik, Şeytan'ın etkisinin kanıtı olarak görülüyordu.

Orta Çağ, büyük bir stres ve kaygı dönemiydi -savaş, kent ayaklanmaları ve salgın hastalıklar vb. İnsanlar bu sıkıntılardan dolayı şeytanı suçladılar ve şeytanın ruhlarını ele geçirmesinden korktular (Ruys, 2017; Sluhovsky, 2017, 2011). Bu dönemde

anormal davranış ciddi bir biçimde arttı. Buna ek olarak bu dönemde ayrıca çok sayıda insanın absürt yanlış inançları ve hayalî görüntüleri veya sesleri paylaştığı *kitlesel delilik* salgınları da görülürdü. Böyle bir sorun olarak tanımlanan *tarantizmde* (*Aziz Vitus'un dansı* olarak da bilinir.) bir grup insan aniden zıplamaya, dans etmeye ve çırpınmaya başlar (Lanska, 2018; Corral-Corral ve Corral Corral, 2016). Bu insanların tarantula olarak adlandırılan bir örümcek tarafından ısırılıp ele geçirildiklerine ve tarantella denilen bir dans yaparak hastalıklarını iyileştirmeye çalıştıklarına inanıyorlardı. Kitlesel deliliğin başka bir biçimi olan *likantropide* insanlar, kurtların ya da diğer hayvanların onlara sahip olduğunu düşünüyorlardı. Kurt gibi davranıyorlardı ve vücutlarının her yerinin kürk ile kaplandığını hayal ediyorlardı.


Bettmann/Getty Images

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde psikolojik anormallik için daha önceki şeytani tedavilerin bazıları Orta Çağ'da yeniden ortaya çıktı. Bir kez daha tedavinin anahtarı, kişinin bedenini ona sahip olan şeytandan kurtarmaktı. Şeytan çıkarma olayları yeniden canlandırıldı ve bu dönemde genellikle tedaviden sorumlu olan din adamları şeytan veya kötü ruha yalvarır, ilahiler söyler veya dua ederdi (Sluhovsky, 2017, 2011). Bu teknikler işe yaramazsa denemek için başka teknikleri vardı ve bu tekniklerin bazıları da işkence anlamına geliyordu.

Şeytan bilimi ve yöntemlerinin gözden düşmesi ancak Orta Çağ'ın sona ermesiyle başladı. Avrupa genelindeki kasabalar şehirlere dönüştü ve hükûmet yetkilileri daha fazla güç kazandı ve dinî olmayan faaliyetleri üstlendi. Diğer sorumluluklarının yanı sıra hastaneleri yönetmeye ve ruhsal bozukluklardan muzdarip insanların bakımını yönetmeye başladılar. Anormalliğe dair tıbbi görüşler bir kez daha meşhur oldu ve psikolojik rahatsızlıkları olan pek çok kişi İngiltere'deki Trinity Hastanesi gibi tıbbi hastanelerde tedavi gördü (Allderidge, 1979).

**Büyülenmiş mi yoksa dehşete mü düşmüş?** Büyük bir büyücülük korkusu, 1300'lü yılların başından itibaren Avrupa'yı kasıp kavurdu ve "aydınlanma yaşanan" Rönesans boyunca da görüldü. Çoğunluğu kadın olan onbinlerce insanın şeytanla anlaşma yaptığına inanılıyordu. Bazılarının tuhaf davranmalarına neden olan zihinsel bozuklukları vardı (Zilboorg ve Henry, 1941). Bu kadın, büyüyü itiraf edene kadar defalarca suya "batırılıp çıkarılıyordu".

## Rönesans ve Akıl Hastanelerinin Ortaya Çıkışı

Yaklaşık 1400'den 1700'e kadar gelişen kültürel ve bilimsel faaliyetlerin dönemi olan Rönesans'ın erken döneminde anormalliğin şeytani görüşleri azalmaya devam etti. Akıl hastalığı konusunda uzmanlaşmış ilk doktor olan Alman hekim Johann Weyer (1515-1588), zihnin hastalığa vücut kadar duyarlı olduğuna inanıyordu. Weyer, günümüzde modern psikopatoloji çalışmalarının kurucusu olarak kabul görmektedir.

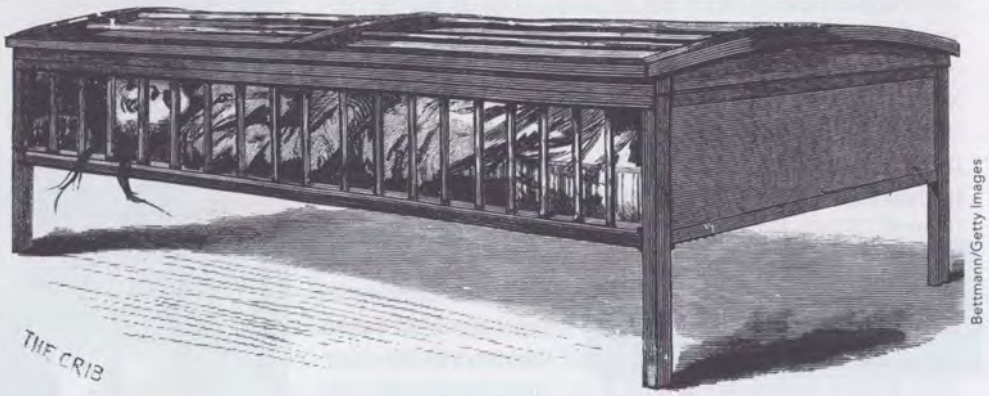
Ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin bakımı bu atmosferde gelişmeye devam etti. İngiltere'de ruhsal rahatsızlığı olan bireyler, yerel kilise tarafından ailelerine maddi destek verilerek evde tutulabilmekteydi. Avrupa genelinde dinî mabetler ruhsal sorunları olan insanlara insancıl ve sevgi dolu muameleye yönelmişti. Muhtemelen bu mabetlerin en iyi bilineni Belçika'daki Gheel'deydi. On beşinci yüzyıldan itibaren dünyanın her yerinden insanlar ruhsal iyileşme için Gheel'e gelmekteydi. Gheel'de yaşayanlar bu kişileri evlerine alarak dünyanın ilk akıl hastaları "kolonisini" oluşturmaya başlamıştı. Gheel, günümüz *toplum ruh sağlığı programlarının* öncüsü olarak görülebilir (Goldstein, 2016; Aring, 1975, 1974). Pek çok hasta, iyileşene kadar bölge sakinleri ile etkileşime girerek hala oradaki koruyucu evlerde yaşamıştır.

Ne yazık ki hastaların bakımındaki bu gelişmeler on altıncı yüzyılın ortalarında azalmaya başladı. Hükûmet yetkilileri, özel evlerin ve yerel konutların, ciddi zihinsel bozuklukları olanların yalnızca küçük bir yüzdesini barındırabileceğini ve tıp hastanelerinin de çok az sayıda ve ihtiyaçları karşılamaktan uzak olduğunu fark etti. Gittikçe daha çok hastaneyi ve manastırı, temel amacı akıl hastalığı olan insanlara bakmak olan kurumlara yani **akıl hastanelerine** (asylum) dönüştürdüler. Bu kurumlar, iyi bakım sağlamak niyetiyle kurulmuştu (Philo ve Andrews, 2016; Kazano, 2012). Fakat akıl hastaneleri dolup taşmaya başlayınca hastaların kötü koşullarda tutulduğu ve tarifsiz bir zulümle tedavi edildiği hapishaneler hâline gelmişti.

#

### #DoktorShakespeare

Rönesans Dönemi'nde yazan Shakespeare, 38 oyunun 20'sinde ve sonelerinin çoğunda anormal davranışların doğası ve nedenleri üzerine spekülasyonlar yapmıştır.




Bettmann/Getty Images

**"Kafes yatak"** gibi korkunç araçlar ve teknikler akıl hastanelerinde kullanıldı ve bunların bazıları on dokuzuncu yüzyılın reformları sırasında bile kullanılmaya devam etti.

Örneğin 1547'de Bethlehem Hastanesi, yalnızca akıl hastalarını kapatmak amacıyla VIII. Henry tarafından Londra şehrinde inşa edildi. Bu akıl hastanesinde zincirlenmiş hastalar herkesin seslerini duyması için çığlıklar atardı. Hatta hastane popüler bir turistik cazibe merkezi hâline bile geldi, insanlar inleyen ve anlamsız bir şekilde konuşan hastalara bakmak üzere hastaneyi gezmek için para ödemeye hevesliydi. Yerel halk tarafından Bedlam olarak telaffuz edilen bu hastanenin adı artık kaotik bir kargaşa anlamına da geliyordu (Arie, 2016; Selling, 1940).

## On Dokuzuncu Yüzyıl: Reform ve İnsani Tedavi

1800'lere yaklaşırken ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin tedavisi bir kez daha gelişmeye başladı. Tarihçiler genellikle Paris'te erkek hastalar için akıl hastanesi olan La Bicêtre'yi, reformun ilk adımı olarak işaret etmektedir. 1793'te Fransız Devrimi sırasında Philippe Pinel (1745-1826) orada başhekim olarak çalıştı. Pinel, hastaların zincir ve dayak yerine sempati ve nezaketle tedavi edilmesi gereken hasta insanlar olarak görülmesi gerektiğini savundu (Sushma ve Tavaragi, 2016; Pelletier ve Davidson, 2015). Hastaların, hastane çevresinde serbestçe hareket etmelerine izin verdi, karanlık zindanları güneşli ve havadar odalarla değiştirdi, hastalara destek ve tavsiyelerde bulundu. Pinel'in yaklaşımı oldukça başarılı oldu. Yıllardır kapalı kalmış birçok hasta, kısa bir süre içinde büyük ölçüde iyileşti ve taburcu edildi. Pinel daha sonra benzer türde reformları kadın hastalar için Paris'teki bir akıl hastanesinde La Salpetrière'de de uyguladı.

Bu arada William Tuke (1732-1819) adlı bir İngiliz Kuveykır (bir Hristiyan mezhebi), benzer reformları Kuzey İngiltere'ye getirmeye başlamıştı. Tuke, 1796'da yaklaşık 30 akıl hastasının sessiz kır evlerinde misafir olarak yaşadığı ve dinlenme, konuşma, dua ve el işlerinin bir kombinasyonu ile tedavi edildiği kırsal bir mülk olan York Retreat'i kurdu (Rollin ve Reynolds, 2018; Kibria ve Metcalfe, 2016).

**İnsani Tedavinin Yayılması:** Pinel ve Tuke'un yöntemleri, insancıl yaklaşımı vurguladıkları için **insani tedavi** (moral treatment) olarak adlandırılmaktaydı ve bu hareket, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de yayılmaya başlamıştı. Psikolojik sorunları olan hastalar sorunları hakkında konuşmak, faydalı aktiviteler yapmak, çalışmak, arkadaşlık kurmak ve sakinlik de dâhil olmak üzere bireysel ilgi ve özel yaklaşımı hak ediyordu, böylece çok üretken olabilen insanlar olarak görülüyorlardı.

Amerika Birleşik Devletleri'nde insani tedavinin yayılmasından en çok sorumlu kişi, şu anda Amerikan psikiyatrisinin babası olarak kabul edilen Pennsylvania Hastanesi'nde tanınmış bir doktor olan Benjamin Rush idi (1745-1813). Çalışmalarını akıl hastalığıyla sınırlayan Rush, tedaviye yönelik insani yaklaşımlar geliştirdi (Brown, 2018; Hopkins, 2014). Örneğin hastaneden hastalarla yakınlık kurarak çalışacak, onlarla kitap okuyacak, onlarla konuşacak ve onları düzenli yürüyüşlere çıkaracak akıllı ve duyarlı görevliler işe almasını istedi. Ayrıca doktorların hastalarına ara sıra küçük hediyeler vermesinin tedavi edici olacağını da öne sürdü.

### #EfsaneAvcısı

Her ne kadar dolunayın düzenli olarak suç, garip ve anormal davranışlar ve akıl hastanelerine yatışlarda önemli artışlara sebep olduğuna inanılsa da yıllar boyunca yapılan araştırmalar bu fikri desteklememiştir (Chaput ve diğerleri, 2016; Bakalar, 2013; McLay ve diğerleri, 2006).

Rush'ın çalışması etkiliydi ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde insani bakımı yaygın biçimde kamusal ve politik bir konu hâline getiren aslında Dorothea Dix (1802-1887) adında Bostonlu bir öğretmen oldu. Dix, 1841'den 1881'e kadar bir eyalet meclisinden diğerine ve sonunda ülke çapındaki Temsilciler Meclisi'ne kadar gitti ve akıl hastanelerinde gözlemlediği olumsuz deneyimlerinden bahsetti ve reform çağrısında bulundu. Dix'in kampanyası yeni yasaların oluşturulmasına ve zihinsel bozuklukları olan kişilerin tedavisini iyileştirmek için hükûmetin daha fazla mali fon ayırmasına yol açtı (Stamberg, 2017; Kazano, 2012). Her eyalet, hepsi insani tedavi sunmayı amaçlayan devlete ait akıl hastaneleri veya **devlet hastaneleri** geliştirmekle sorumlu tutuldu. Avrupa çapında da benzer hastaneler kuruldu.



Dance in a Madhouse, 1917 (litho)/Bellows, George Wesley (1882-1925)/ San Diego Museum of Art, USA/Bridgeman Images

**Bir akıl hastanesinde dans** İnsani tedavinin yaygın bir özelliği "deliler balosu" idi. Hastane yetkilileri hastaları dans etmek ve eğlenmek için bir araya getirirdi. George Bellows'un çizdiği Dance in a Madhouse adlı tabloda böyle bir balo gösterilmektedir.

**İnsani Tedavinin Çöküşü:** 1850'lerde, Avrupa ve Amerika'daki bir dizi akıl hastanesi, insani yaklaşımı temel alarak başarı sağladığını bildirdi. Ancak o yüzyılın sonunda,çeşitli faktörler bu tedavi hareketinin tersine dönmesine neden oldu (Bartlett, 2017; Shepherd, 2016). Bu faktörlerden biri, hareketin yayılma hızıydı. Akıl hastaneleri çoğaldıkça ciddi para ve personel kıtlığı baş gösterdi, iyileşme oranları düştü ve hastanelerdeki aşırı kalabalık kendi başına büyük bir sorun hâline geldi. Diğer bir faktör, bu yaklaşımın altında yatan varsayım olan insani ve temkinli bir şekilde tedavi edilirse tüm hastaların iyileştirilebileceği düşüncesiydi. Bazı hastalar için bu, gerçekten yeterliydi. Ancak diğerleri, daha etkili tedavilere gereksinim duyuyordu. İnsani tedavinin azalmasına katkıda bulunan bir diğer faktör de ruhsal rahatsızlığı olan kişilere karşı yeni bir ön yargı dalgasının ortaya çıkmasıydı. Halk bu kişileri tuhaf ve tehlikeli olarak görmeye başladı. Dahası, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki devletteki akıl hastanelerine yatış yapan hastaların çoğu, halkın yardım etmek istemediği fakir yabancı göçmenlerden oluşmaktaydı.

Yirminci yüzyılın ilk yıllarında, insani tedavi hareketi hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de Avrupa'da durma noktasına geldi. Devlet hastaneleri yalnızca gözetim ve etkisiz tıbbi tedaviler sağlayan ve her geçen yıl daha fazla kalabalık hâle gelen kurumlar olmaya başladı. Uzun süreli hastanede yatış bir kez daha önemli bir kural hâline gelmişti.

## Yirminci Yüzyılın Başları: Somatojenik ve Psikojenik Yaklaşımlar

İnsani tedavi hareketi 1800'lerin sonlarında düşüşe geçtiğinde, farklı iki karşıt görüş ortaya çıktı ve klinisyenlerin dikkatini çekecek ölçüde birbiri ile rekabet etmeye başladı: **somatojenik yaklaşım**, anormal davranışın fiziksel nedenleri olduğunu ön sürüyordu; **psikojenik yaklaşım** ise anormal davranışın temel nedenlerinin psikolojik olduğunu öne sürüyordu. Bu yaklaşımlar yirminci yüzyılda tam anlamıyla kendini gösteriyordu.

**Somatojenik Yaklaşım:** Somatojenik yaklaşımın en az 2400 yıllık bir geçmişi vardır -Hipokrat'ın anormal davranışın beyin hastalığından ve salgı dengesizliğinden kaynaklandığı görüşünü hatırlıyor musunuz? Fakat on dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru, bu bakış açısı başarılı bir geri dönüş yaptı ve geniş ölçüde yeniden kabul görmeye başladı. Bu yeniden doğuştan iki faktör sorumluydu. Bunlardan biri, seçkin bir Alman araştırmacı Emil Kraepelin'in (1856-1926) çalışmasıydı. 1883'te Kraepelin, yorgunluk gibi fiziksel faktörlerin zihinsel rahatsızlıklardan sorumlu olduğunu ileri süren etkili bir ders kitabı yayımladı. Ayrıca Bölüm 4'te göreceğiniz gibi anormal davranışları sınıflandırmak, fiziksel nedenlerini listelemek ve öngörülen seyrini tartışmak için ilk modern sistemi geliştirdi (Kendler ve Engstrom, 2018; Hoff, 2015).

**insani tedavi** Ahlaki rehberliği ve insani ve saygılı tedaviyi vurgulayan zihinsel işlev bozukluğu olan insanları tedavi etmeye yönelik on dokuzuncu yüzyıl yaklaşımı.

**devlet hastaneleri** Amerika Birleşik Devletleri'nde devlet tarafından işletilen akıl hastaneleri.

**somatojenik yaklaşım** Anormal davranışın fiziksel nedenlerinin olduğunu savunan yaklaşım.

**psikojenik yaklaşım** Anormal davranışın temel nedenlerinin psikolojik olduğu yaklaşımı.


© Andrea Star Reese

**Daha çok şeyin değişmesi gerek...** Endonezya, Bekasi'deki modern bir akıl hastanesinin kafes benzeri koğuşunda iki hasta bir masada yatarken diğer hastalar tel duvarlı birimlerde benzer bir mahremiyet, aktivite ve sağlık önlemlerinin eksikliğini yaşıyor. Endonezya'nın Ruh Sağlığı Yasası'nın 2014'te yürürlüğe girmesine rağmen birçok hasta, Birleşik Devletler'deki bazı devlet hastanelerinde yirminci yüzyıla kadar var olan koşulları anımsatan koşullar altında yaşamaya devam ediyor.

Bu dönemde yapılan yeni biyolojik keşifler de somatojenik yaklaşımın yükselişini hızlandırdı. En önemli keşiflerden biri organik bir hastalık olan *frenginin* hem büyüklük sanrıları gibi zihinsel sorunlar hem de felç gibi fiziksel belirtilerle birlikte geri dönüşü olmayan bir bozukluk olarak görülen *genel bir felce* yol açmasıydı (Kragh, 2017). 1897'de Alman nörolog Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), genel felci olan hastalara frengi yaralarından iltihap enjekte etti ve hastaların hiçbirinde frengi semptomları gelişmediğini gördü. Hastalar aslında daha önceden frengi geçirmiş ve buna bağışıklık kazanmış olabilirdi. Krafft-Ebing, genel felci olan tüm hastalarının artık frengiye bağışıklık geliştirmiş olmasından dolayı frenginin genel felcin nedeni olduğunu ortaya attı. Kraepelin'in çalışması ve yeni genel felç anlayışı, pek çok araştırmacı ve uygulayıcının fiziksel faktörlerin birçok zihinsel bozukluğun ve belki de hepsinin, sorumlu olduğunu düşünmelerine yol açtı.

TABLO: 1-1

## Öjeni ve Ruhsal Rahatsızlıklar

| Yıl | Olay |
|---|---|
| 1896 | Connecticut, Amerika Birleşik Devletleri'nde zihinsel bozukluğu olan kişilerin evlenmesini yasaklayan ilk eyalet oldu. |
| 1896-1933 | Amerika Birleşik Devletleri'ndeki her eyalet, zihinsel bozukluğu olan kişilerin evlenmesini yasaklayan bir yasa çıkardı. |
| 1907 | Indiana, akıl hastalarının yanı sıra suçluları ve diğer "kusurluları" kısırlaştırmaya çağıran bir tasarıyı geçiren ilk eyalet oldu. |
| 1927 | ABD Yüksek Mahkemesi öjenik kısırlaştırmanın anayasaya uygun olduğuna karar verdi. |
| 1907-1945 | Yaklaşık 45.000 Amerikalı, öjenik kısırlaştırma yasaları altında kısırlaştırıldı. Bunların 21.000'i devlete ait akıl hastanelerinde yatan hastalardı. |
| 1929-1932 | Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya ve İzlanda öjenik kısırlaştırma yasalarını kabul etti. |
| 1933 | Almanya, 1940 yılına kadar 375.000 kişinin kısırlaştırıldığı öjenik kısırlaştırma yasasını kabul etti. |
| 1940 | Nazi Almanyası, zihinsel bozuklukları olan insanları öldürmek için "özel gazlar" kullanmaya başladı. İki yıldan kısa bir süre içinde 70.000 veya daha fazla insan öldürüldü. |

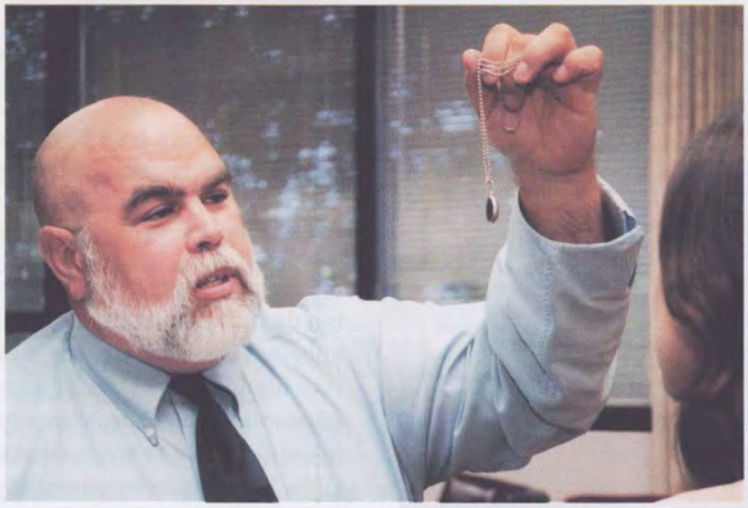
Bilgi: Lombardo, 2017; Stern, 2016; Fischer, 2012; Whitaker, 2002.

Genel iyimserliğe rağmen biyolojik yaklaşımlar yirminci yüzyılın ilk yarısı boyunca çoğunlukla hayal kırıklığı yaratan sonuçlar da verdi. Bu süre zarfında akıl hastanelerinde hastalar için birçok tıbbi tedavi denenmiş olsa da bu tekniklerin çoğu işe yaramadı. Doktorlar diş çekimi, bademcik ameliyatı, hidroterapi (sıcak ve soğuk banyolar) ve beyindeki belirli sinir liflerinin cerrahi olarak kesilmesi olan lobotomiyi bile denediler. Daha da kötüsü, biyolojik görüşler ve iddialar, bazı çevrelerde *öjenik kısırlaştırma*, bireylerin üreme yeteneğinin ortadan kaldırılması (tıbbi veya başka yollarla) gibi ahlaki olmayan çözüm önerilerine yol açtı (bk. **Tablo 1-1**). 1950'lere gelindiğinde nihayet bir dizi etkili ilacın keşfedilmesiyle,somatojenik bakış açısı hastalar için gerçekten işe yaramaya başladı.

**Psikojenik Yaklaşım:** 1800'lerin sonlarında anormal işleyişin başlıca nedenlerinin genellikle psikolojik olduğunu savunan psikojenik yaklaşım ortaya çıktı. Bu görüşün de aslında uzun bir geçmişi vardı ancak hipnoz çalışmaları potansiyelini gösterene kadar bu bakış açısı pek takipçi kazanamadı. *Hipnoz*, bir kişinin ileri derecede telkin edilebilir hâle geldiği trans benzeri bir zihinsel duruma getirildiği bir prosedür olarak

tanımlanabilir. Hipnozun psikolojik bozuklukların tedavisine yardımcı olmak için kullanılması, Friedrich Anton Mesmer (1734-1815) adlı Avusturyalı bir doktorun Paris'te bir klinik kurduğu 1778 yılına kadar dayanmaktadır. Mesmer'in o dönemki hastaları *histerik bozukluklardan,* görünürde fiziksel temeli olmayan gizemli bedensel rahatsızlıklardan muzdaripti. Mesmer hastalarını müzikle dolu karanlık bir odada oturturdu; sonra renkli bir kostüm giymiş olarak hastaların karşısına çıkardı ve her hastanın vücudunun sorunlu bölgesine özel bir çubukla dokunurdu. *Mesmerizm* adı verilen bu tedavinin şaşırtıcı sayıda hastaya çare olduğu rapor edildi (Deeley, 2017; Ellis, 2015). Hastaların ağrıları, uyuşuklukları veya felçleri bile ortadan kalktı. Pek çok bilim adamı, Mesmer'in hastalarında trans benzeri bir durumu tetiklediğine ve bu durumun semptomlarının ortadan kalkmasına neden olduğuna inanıyordu. Bu tedavi yöntemi o kadar tartışmalıydı ki sonunda Mesmer, Paris'ten sürüldü.

Mesmer'in ölümünden uzun bir süre geçmeden, pek çok araştırmacı daha sonra *hipnoz* (Yunanca *"uyku"* anlamına gelen *hypnos* kelimesinden gelir.) olarak adlandırılan prosedürünü ve bunun histerik bozukluklar üzerindeki etkilerini araştırmaya cesaret gösterdi. Fransa'nın Nancy şehrinde çalışan iki doktorun, Hippolyte-Marie Bernheim (1840-1919) ve Ambroise-Auguste Liébault'un (1823-1904) deneyleri, normal insanların hipnozun etkisi altındayken histerik bozuklukların belirtilerini gösterebileceğini ortaya koydu. Diğer deyişle doktorlar hipnotik telkinle normal insanlara sağırlık, felç, körlük veya uyuşukluk yaşatabilir ve bu yapay semptomları aynı yollarla ortadan kaldırabilirlerdi. Böylece *zihinsel* bir sürecin -hipnotik telkin- hem fiziksel bir işlev bozukluğuna neden olabileceğini hem de onu tedavi edebileceğini tespit ettiler. Önde gelen bilim adamları histerik bozuklukların kökeninin büyük ölçüde psikolojik faktörler olduğu sonucuna vardı ve bu vesile ile psikojenik bakış açısının popülaritesi artmıştı.


AP/Oscar Sosa

**Hipnozda güncelle** Hipnoz, psikojenik görüşün kapısını açan, psikoterapi, eğlence ve yasaların uygulanması dâhil modern yaşamın birçok alanını etkilemeye devam eden bir uygulamadır. Burada adli tıp doktoru, bir tanığa, suçun ayrıntılarını hatırlamasına yardımcı olmak için hipnozu kullanıyor. Bununla birlikte son araştırmalar, hipnotik uygulamaların gerçek anıları ortaya çıkarmak kadar sahte anılar da yaratabileceğini açıklığa kavuşturmuştur.

Hipnozun histerik bozukluklar üzerindeki etkilerini araştıranlar arasında Viyanalı Josef Breuer (1842–1925) da vardı. Bir doktor olan Breuer, hipnoz altında geçmişte yaşanan üzücü ve sarsıcı olaylar hakkında samimi bir şekilde konuştuktan sonra hastalarının bazen histerik sorunlardan kurtulduğunu keşfetti. 1890'larda Breuer'e başka bir Viyanalı hekim olan Sigmund Freud (1856-1939) katıldı. Bölüm 3'te göreceğiniz gibi Freud'un çalışmaları sonunda onu anormal ve normal psikolojik işleyişin birçok biçiminin psikojenik olduğunu savunan **psikanaliz** teorisini geliştirmeye yöneltti. Freud, psikolojik işleyişin temelinde özellikle *bilinçdışı* psikolojik süreçlerin yattığına inanıyordu.

**psikanaliz** Psikopatolojinin nedeni olarak bilinçdışı psikolojik güçleri vurgulayan anormal zihinsel işleyişin teorisi veya tedavisi.

Freud ayrıca klinisyenlerin, sorunlu kişilerin bilinçdışı psikolojik süreçleri hakkında içgörü kazanmalarına yardımcı olduğu bir konuşma ve görüşme türü olan *psikanaliz tekniğini* de geliştirdi. Hipnotik prosedürler olmadan bile böyle bir içgörünün hastaların psikolojik problemlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olacağına inanıyordu. Freud ve takipçileri o dönem, günümüzde *ayaktan hasta tedavisi* olarak bilinen bir format olan yaklaşık bir saatlik seanslarda ofislerinde hastalara psikanalitik psikoterapi tedavisi sunmaya başladılar. Yirminci yüzyılın başlarında, Batı dünyasında, psikanalitik kuram ve tedavi geniş çapta kabul gördü.

## ... ÖZETLE...

**ANORMALLİK GEÇMİŞTE NASIL GÖRÜLÜRDÜ VE TEDAVİ EDİLİRDİ?** Psikolojik bozuklukların tarihi eski zamanlara kadar uzanır. Tarih öncesi toplumlar, görünüşe göre anormal davranışları kötü ruhların işi olarak görüyorlardı. Taş Devri kültürlerinin anormal davranışları tedavi etmek için kafatası delme işlemini kullandığına dair kanıtlar var. İlk toplumların insanları da şeytan çıkarma yoluyla kötü ruhları kovmaya çalışmıştır.

*(devamı sonraki sayfada)*

## #Acayipİsimler

18. yüzyılda akıl hastalığı olan kişileri tedavi eden doktorlara "deli doktoru" deniyordu.

Yunan ve Roma imparatorluklarının doktorları, ruhsal bozukluklara dair daha aydınlanmış açıklamalar ortaya koydular. Hipokrat, anormal davranışa dört vücut sıvısı veya salgısındaki dengesizliğin neden olduğuna inanıyordu.

Orta Çağ'da, Avrupalılar anormal davranışların şeytanla ilişkili açıklamalarına geri döndüler. Din adamları çok etkiliydi ve zihinsel bozuklukların şeytanın işi olduğunu düşünüyorlardı. Orta Çağ sona ererken bu tür açıklamalar ve tedaviler azalmaya başladı ve Rönesans'ın erken dönemlerinde ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakımı gelişmeye devam etti. Bazı dinî tapınaklar, bu tür kişilere insani muameleye adandı. Bununla birlikte on altıncı yüzyılın ortalarında, akıl hastalığı olan kişiler akıl hastanelerinde tutuluyordu.

On dokuzuncu yüzyılda ruhsal bozukluğu olanların bakımı yeniden gelişmeye başladı. Paris'te Philippe Pinel, insani tedavi hareketini başlattı. Amerika Birleşik Devletleri'nde Dorothea Dix, ruhsal bozukluğu olan kişiler için yasal hakları ve korumayı sağlamak ve onların bakımı için devlet hastaneleri kurmak için bir harekete öncülük etti. Ancak insani tedavi hareketi on dokuzuncu yüzyılın sonlarında dağıldı ve akıl hastaneleri yeniden hastaların asgari bakım gördüğü yerler hâline geldi.

Yirminci yüzyıl, somatojenik perspektifin geri dönüşünü ve psikojenik perspektifin yükselişini gördü. Sigmund Freud'un psikojenik yaklaşımı olan psikanaliz, sonunda geniş kabul gördü ve gelecek nesil klinisyenleri etkiledi.

# Son Yıllar ve Güncel Yaklaşımlar

Şu anda zihinsel bozuklukların tedavisi hakkında veya güvenilir tedavisi hakkında büyük bir aydınlanma döneminde yaşadığımızı söylemek pek doğru olmaz. Aslında anketler, insanların yüzde 43'ünün ruhsal bozukluklara kendilerinin neden olduklarına inandığını, yüzde 31'inin bu tür bozuklukları kişisel zayıflığın bir işareti olarak gördüğünü ve yüzde 35'inin hastalıkların günahkâr davranışlardan kaynaklandığına inandığını ortaya koymaktadır (Roper, 2017; NMHA, 1999). Bununla birlikte son 60 yılda klinisyenlerin anormal davranışı anlama ve tedavi etme şekillerinde büyük değişiklikler olduğunu da söylemek gerekir. Öncesine kıyasla günümüzde daha fazla kuram ve tedavi türü, daha fazla araştırma çalışması, daha fazla bilgi var ve -belki de bunlardaki bu artış yüzünden- bugün anormal davranış hakkında geçmişteki herhangi bir zamana göre daha fazla anlaşmazlık var.



LHB Photo/Alamy

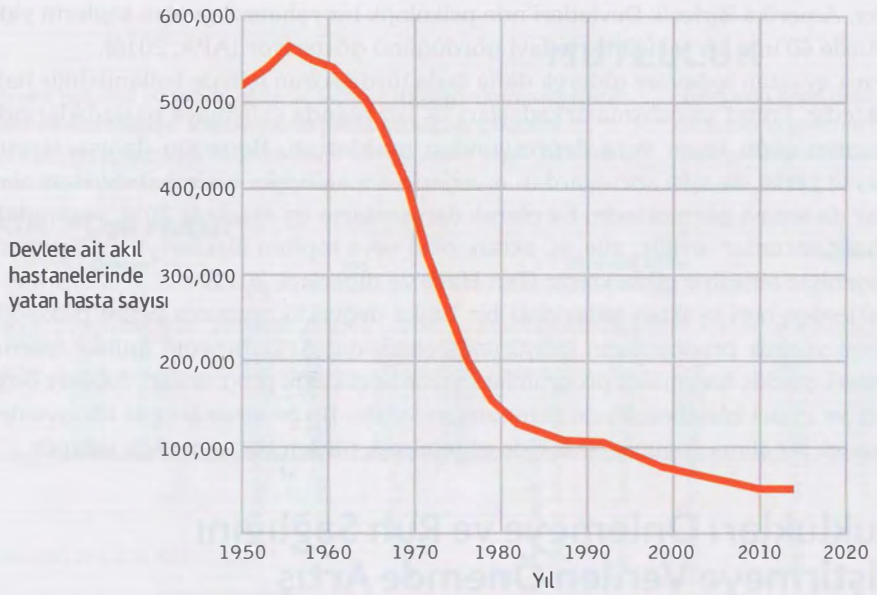
**Juilliard'dan sokaklara** Soloist kitabına ve filmine konu olan Nathaniel Ayers, 2005 yılında evsiz olarak yaşarken Los Angeles sokaklarında keman çalıyor. Bir zamanlar New York'taki Juilliard Okulunda gelecek vadeden bir müzik öğrencisi olan Ayers, şizofreni tanısı aldı ve sonunda tedavisiz ve evsiz kaldı. Şiddetli ruhsal bozuklukları olan on binlerce insan şu anda evsiz.

## Ağır Düzeyde Bozukluğu Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir?

1950'lerde araştırmacılar bir dizi yeni **psikotropik ilaç** -öncelikle beyni etkileyen ve zihinsel rahatsızlıkların birçok belirtisini azaltan ilaçlar- keşfettiler. Bunların içerisinde son derece karışık ve çarpık düşünmeyi düzelten ilk *antipsikotik ilaçlar*, depresif insanların ruh hâlini değiştiren *antidepresan ilaçlar* ve gerginliği ve endişeyi azaltan *kaygı ilaçları* yer aldı.

Bu ilaçlar verildiğinde akıl hastanelerinde yıllarca kalmış birçok hasta iyileşme belirtileri göstermeye başladı. Bu sonuçların cesaretlendirdiği ve akıl hastanelerindeki korkunç koşullar nedeniyle halkın artan tepkisi ve baskısını bilen hastane yöneticileri, bu sayede hastaları hemen taburcu etmeye başladı.

Bu ilaçların keşfedilmesinden bu yana dünyanın gelişmiş ülkelerinin çoğundaki akıl sağlığı uzmanları, yüz binlerce hastayı **akıl hastanelerinden çıkarıp topluma kazandırma** politikasını izlediler. 1955'in herhangi bir gününde 600.000'e yakın insan Birleşik Devletler'deki akıl hastanelerine kapatılmışken (bk. **Şekil 1-1**) bugün bu tür hastanelerdeki günlük hasta sayısı 42.000 civarındadır (Amadeo, 2017; Smith ve Milazzo-Sayre, 2014). Buna ek olarak özel psikiyatri hastanelerinde yaklaşık 58.000 kişi tedavi görmektedir. Buralardaki tedavi masrafları, hastaların kendileri ve/veya




**ŞEKİL 1-1**

**Kurumsuzlaştırmanın Yani Akıl Hastanesinden Çıkarıp Topluma Kazandırmanın Etkisi**

Şu anda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki devlete ait akıl hastanelerinde hastanede yatan hasta sayısı (yaklaşık 42.000), 1955'te hastanede yatan hasta sayısının küçük bir kısmıdır (Bilgi: Amadeo, 2017; Smith ve Milazzo Sayre, 2014; Torrey, 2001; Lang, 1999).

sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. Ortalama olarak özel kurumlar, devlet hastanelerine kıyasla daha hoş bir ortama ve daha makul bir personel-hasta başına düşen personel oranına sahiptir.

Şüphesiz, günümüzde ayaktan tedavi ağır psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler için olduğu kadar orta düzeyde sorunları olanlar için de birincil tedavi yöntemi hâline gelmiştir. Bu günlerde ileri düzeyde rahatsızlığı olan insanların hastaneye yatırılması gerektiğinde genellikle kısa bir süreliğine hastaneye yatırılırlar. En ideal olan yaklaşım, sonrasında topluma kazandırma programlarında ve merkezlerinde ayaktan tedavi ile psikoterapi ve ilaç tedavisinin sunulmasıdır (Stein ve diğerleri, 2015).

2 ve 12. bölümlerde şiddetli psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler için toplum temelli tedavi üzerindeki bu güncel vurgu daha yakından incelenecektir -yani *toplum ruh sağlığı yaklaşımı* adı verilen bir felsefe. Bu yaklaşım birçok hasta için faydalı olmuştur ancak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mevcut ihtiyaçları karşılamak için çok az toplum temelli program mevcuttur (NIMH, 2017; Dixon ve Schwarz, 2014). Sonuç olarak ciddi rahatsızlıkları olan yüz binlerce kişi kalıcı iyileşme elde etmede maalesef başarısız oluyor ve akıl hastaneleri ile toplum arasında gidip geliyorlar. Hastaneden taburcu edildikten sonra en iyi ihtimalle asgari bakım görebiliyor ve çoğu zaman bakımsız odalara sahip evlerde veya sokaklarda yaşamaya başlıyorlar. Bu tür rahatsızlıklara sahip yaklaşık 140.000 kişinin evsiz olduğu, 440.000 kişinin de hapishanelerde kaldığı düşünüldüğünde tablo daha net anlaşılabilir (Allison ve diğerleri, 2017; NAMI, 2016). Bu kişilerin kendi kaderlerine terk edilmeleri gerçekten ulusal ve toplumsal bir ayıptır.

## Hafif Düzeyde Rahatsızlığı Olan Kişiler Nasıl Tedavi Edilmektedir?

Orta düzeyde psikolojik rahatsızlıkları olan insanlar için tedavi tablosu, ciddi düzeyde rahatsızlığı olan insanlara kıyasla daha olumlu olmuştur. 1950'lerden beri ayaktan tedavi, bu kişiler için tercih edilen tedavi şekli olmaya devam etmiş, bu tür tedavi sunan kurumların sayısı ve türleri ihtiyacı karşılayacak şekilde artmıştır.

1950'lerden önce ayakta tedavi gören hastaların neredeyse tamamı, bireylerin danışmanlık hizmetleri için bir terapistle buluştuğu **özel psikoterapi** şeklinde bir tedavi alıyordu. 1950'lerden bu yana çoğu sağlık sigortası planı, özel psikoterapiyi de kapsayacak şekilde genişletildi, böylece özel psikoterapi tüm sosyoekonomik düzeyden insanlar için yaygın olarak kullanılabilir hâle geldi. Günümüzde ayaktan tedavi toplum ruh sağlığı merkezleri, kriz müdahale merkezleri, aile hizmetleri merkezleri ve diğer sosyal hizmet kurumları gibi daha ucuz ortamlarda da sunulmaktadır. Yapılan

**psikotropik ilaçlar** Esas olarak beyni etkileyen ve zihinsel işlev bozukluğunun birçok belirtisini azaltan ilaçlar.

**kurumsuzlaştırma** Akıl hastanesinden çıkarıp topluma kazandırma. 1960'larda başlayan, yüz binlerce hastayı akıl hastanelerinden taburcu etme uygulaması.

**özel psikoterapi** Kişinin danışmanlık hizmetleri için doğrudan bir terapiste ödeme yaptığı bir düzenleme.

**önleme** Ruhsal bozuklukları ortaya çıkmadan önce önlemeyi amaçlayan müdahaleler.

**pozitif psikoloji** Pozitif duyguların, özelliklerin ve yeteneklerin incelenmesi ve geliştirilmesi.

**psikolojide çok kültürlülük** Kültür, ırk, etnik köken ve cinsiyetin davranış ve düşünceler üzerindeki etkisini inceleyen ve bu faktörlerin anormal davranışın kökenini, doğasını ve tedavisini nasıl etkileyebileceğine odaklanan alan.

anketler, Amerika Birleşik Devletleri'nde psikolojik bir rahatsızlığı olan kişilerin yaklaşık yüzde 60'ının bir yıl içinde tedavi gördüğünü gösteriyor (APA, 2016).

Ayrıca ayaktan tedaviler giderek daha fazla türde sorun için de kullanılabilir hale gelmektedir. Freud ve çalışma arkadaşları ilk kez alanda çalışmaya başladıklarında hastalarının çoğu kaygı veya depresyondan muzdaripti. Bugünün danışanlarının neredeyse yarısı da aynı sorunlardan muzdarip ancak başka tür rahatsızlıkları olan insanlar da tedavi görmektedir. Ek olarak danışanların en az yüzde 20'si, yaşamdaki daha hafif sorunlar -evlilik, aile, iş, akran, okul veya toplum ilişkileriyle ilgili sorunlar- nedeniyle terapiye gitmektedir (Ten Have ve diğerleri, 2013).

1950'lerden beri ayaktan tedavideki bir başka değişiklik, yalnızca belirli psikolojik sorunlara yönelik programların geliştirilmiş olmasıdır. Artık örneğin intihar önleme merkezleri, madde bağımlılığı programları, yeme bozukluğu programları, fobilere özgü klinikler ve cinsel işlev bozukluğu programları vardır. Bu programlardaki klinisyenler, yalnızca tek bir alana yoğunlaşarak elde edilebilecek türden bir uzmanlığa sahiptir.

## Bozuklukları Önlemeye ve Ruh Sağlığını Geliştirmeye Verilen Önemde Artış

Toplum ruh sağlığı yaklaşımı, ciddi rahatsızlıkları olan kişilerin ihtiyaçlarını karşılamada genellikle başarısız olmasına rağmen ruh sağlığı tedavisinin önemli bir ilkesini **-önleme-** ortaya çıkarmıştır (Mendelson ve Eaton, 2018). Psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasını beklemek yerine günümüz toplum programlarının çoğu, psikolojik sorunların (örneğin toplumdaki yoksulluk veya şiddet) altında yatan sosyal koşulları düzeltmeye ve duygusal sorunlar geliştirme riski olan kişilere (ör. ergenlik çağındaki anneler veya ağır psikolojik bozuklukları olan kişilerin çocukları) yardım etmeye çalışmaktadır. Daha sonra da göreceğiniz gibi önleme programları her zaman başarılı değildir fakat bu programların sayıları hızla artmaktadır ve nihai müdahale şekli olarak büyük vaatler sunmaktadır.

Önleme programları, son birkaç on yılda psikolojinin **pozitif psikolojiye** giderek artan ilgisi ile daha da güçlenmiştir (Yaden, Eichstaedt ve Medaglia, 2018; Seligman ve Fowler, 2011). Pozitif psikoloji, iyimserlik ve mutluluk gibi olumlu duyguların, çok çalışma ve bilgelik gibi olumlu özelliklerin ve özgecilik ve hoşgörü gibi gruba yönelik erdemlerin incelenmesi ve geliştirilmesidir (bk. ***Bilgi Merkezi***).

**Sizce psikologların olumlu davranışlar üzerinde çalışmaya başlaması neden bu kadar uzun sürdü?**

Araştırmacılar laboratuvar ortamında pozitif psikoloji hakkında daha çok araştırma yaparken bu yönelime sahip klinik uygulayıcılar, insanlara kendilerini stres ve sıkıntılardan korumaya yardımcı olabilecek başa çıkma becerileri öğretmekte ve onları kişisel olarak anlamlı faaliyetlere ve ilişkilere daha fazla dahil olmaya teşvik etmektedir –ve bu şekilde ruhsal bozuklukları önlemeye yardımcı olmaktadır (Sergeant ve Mongrain, 2014).



AP Photo/Matthew S. Gunby

**Uygulamada Pozitif psikoloji** Genellikle pozitif psikoloji ve çokkültürlü psikoloji birlikte çalışır. Burada, örneğin, iki genç kız, Maryland'de 400 kişinin katıldığı "köle uzlaşması" yürüyüşünün sonunda bir araya geliyor. Yürüyüşün amacı, ırklar arasında anlayış geliştirmek ve Amerikalıların köleliğin kalıcı psikolojik etkilerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktı.

## Psikolojide Çok Kültürlülük

Amerika Birleşik Devletleri birden çok kültür, ırk ve dilden oluşan bir toplum. Buradaki ırksal ve etnik azınlık gruplarının üyeleri toplu olarak nüfusun yüzde 39'unu oluşturuyor, bu yüzdenin 2044 yılına kadar yüzde 50'nin üzerine çıkması bekleniyor (KFF, 2016; ABD Nüfus Sayım İdaresi, 2015). Bu değişiklik kısmen göç eğilimlerindeki değişimlerden ve ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde azınlık gruplar arasındaki yüksek doğum oranlarından kaynaklanmaktadır (NVSR, 2016, 2010).

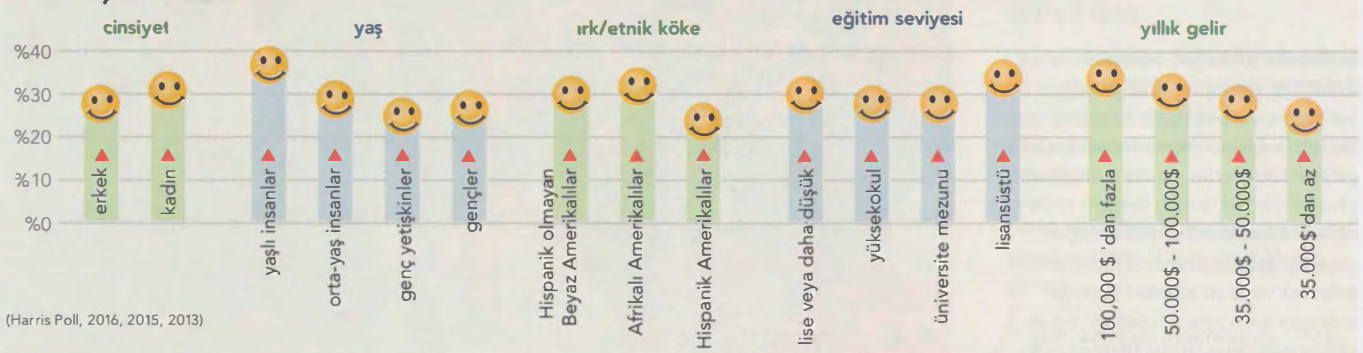
Bu artan çeşitliliğin bir sonucu olarak **psikolojide çok kültürlülük** adı verilen bir çalışma alanı ortaya çıkmıştır. Bu alanda çalışan psikologlar kültür, ırk, etnik köken, cinsiyet ve benzer faktörlerin davranış ve düşünceyi nasıl etkilediğini ve farklı kültür, ırk ve cinsiyetten insanların psikolojik olarak nasıl farklı olabileceğini anlamaya çalışırlar (Alegría ve diğerleri, 2018, 2016, 2013, 2010). Bu kitap boyunca göreceğiniz

# MUTLULUK

Pozitif psikoloji pozitif duyguların, kişisel özelliklerin ve yeteneklerin incelenmesi alanıdır. Klinisyenlerin psikolojik sağlığı geliştirme konusunda girişimlerde bulunabilmesi için çalışmalar yapar. Mutluluk, şu anda en çok ilgi gören pozitif psikoloji konusudur.

İnsanların hepsi değil ama birçoğu mutludur. Aslında, yetişkinlerin yalnızca üçte biri kendilerini "çok mutlu" olarak tanımlıyor. Şimdi gelin, mutlulukla ilgili günümüzün önde gelen bazı gerçeklerine, rakamlarına ve kavramlarına bir göz atalım.

## KİM "Çok Mutlu?"




(Harris Poll, 2016, 2015, 2013)

### Mutluluğun Yapı Taşları

İnsanlar mutlu bir mizaçla mı doğarlar? Yoksa çevreleri ve yaşam koşulları onları az ya da daha çok mutlu eder mi? Bu, çok eski bir soru olan doğa mı çevre mi sorusunu araştıran araştırmacılar, her iki kümenin de kişinin mutluluk derecesini belirlemek için etkili olduğunu göstermiştir. Ancak faktörlerin etki düzeyleri farklı olabilir.

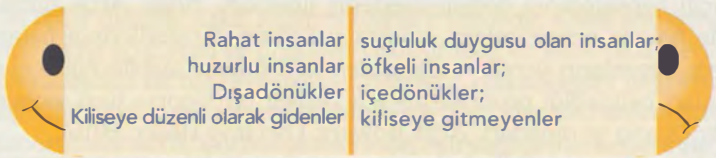


yaşam olayları **%40**

Değerler (aile, arkadaşlar, çevre, iş) %12

genler **%48**

### Kim Daha Mutlu Olmaya Meyilli?




(Harris Poll, 2016, 2015; Brooks, 2013; DePaulo, 2013; *The Economist*, 2010)

### Mutluluk arayışı



İnsanlar mutlu bir yaşam sürdürme eğilimindedir. Bazıları için bu, olabildiğince çok zevkle dolu keyifli bir yaşamın peşinde koşmak anlamına gelir. Bazıları, iş, ebeveynlik, sevgi ve eğlencede tatmin olma ile karakterize edilen ilgi çekici bir yaşam ister. Bazıları ise, güçlü yönlerini fark ederek ve bu yönlerini başkalarının hizmetinde kullanarak anlamlı bir yaşam sürmek isterler. (Seligman, 2012, 2002)

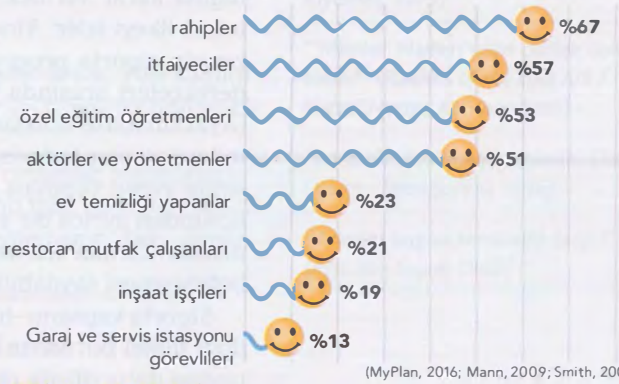
## Mutlu İnsanlar NE Yapar?




(Harris Poll, 2016, 2015; Bratskeir, 2013)

## İş ve Mutluluk

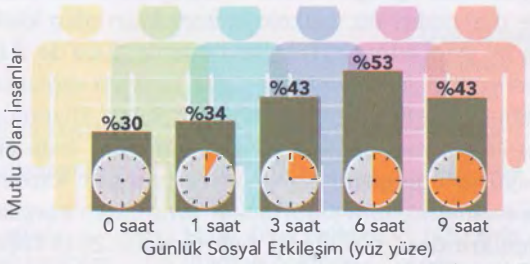
Bazı işlerde diğerlerinden daha yüksek oranda mutlu insan vardır.




(MyPlan, 2016; Mann, 2009; Smith, 2007)

## Çevrimiçi Olmayan Sosyal Etkileşimler ve Mutluluk

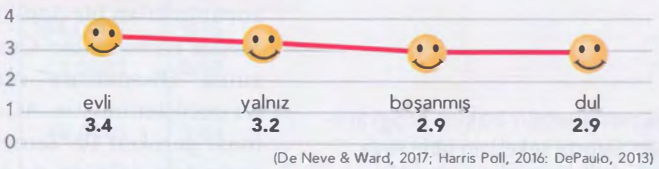
Ne kadar sosyal etkileşimde olursak, o kadar mutlu oluruz - bir noktaya kadar!




(Rahim, 2017; Crabtree, 2011)

## Evlilik ve Mutluluk

Evli insanlar, ortalama olarak, farklı medeni durumu olanlara kıyasla biraz daha mutludur.




(De Neve & Ward, 2017; Harris Poll, 2016; DePaulo, 2013)



Anadolu Agency/Getty Images

**Daha da kötü bir sonucu önleme** Çocuklar 2016 yılında Suriye'nin Şam kentinde bu psikolojik destek ve eğitim merkezindeki faaliyetlere katılıyorlar. Merkez, ülkedeki iç savaşın sürmekte olan dehşeti nedeniyle milyonlarca Suriyeli çocuğun yaşadığı psikolojik ve fiziksel sorunları önlemek veya en azından asgariye indirmek amacıyla ruh sağlığı, tıp ve eğitim danışmanlarının tavsiyesi üzerine yardım için kurulmuştur.

gibi psikolojide çok kültürlülük alanı, anormal davranışları anlamamız ve tedavimiz üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmaya başlamıştır.

## Sigorta Kapsamının Artan Etkisi

Artık pek çok insan ruh sağlığı hizmetlerine başvurmakta ve son yıllarda sigorta programları bu hastalar için kapsamlarını değiştirmektedir (Iglehart, 2016). Artık günümüzde **düzenlenebilir bakım programları** -sigorta şirketinin, müşterilerinin hangi terapistleri seçebileceği, seansların ücreti ve danışanın geri ödeme alabileceği seans sayısı gibi temel konuları belirlediği programlar- adı verilen bir sigorta türü yaygın olarak kullanılmaktadır (Xiang ve diğerleri, 2018; Bowers, Owen ve Heller, 2016).

Ruh sağlığı tedavisi için düzenlenebilir bakım programlarının kapsamı hastaların seçebileceği sınırlı bir pratisyen hekim havuzu, sigorta şirketi tarafından tedavinin önceden onaylanması, sorunların ve tedavilerin geri ödeme için uygun olup olmadığına karar vermek için katı standartlar ve devam eden teftişleri içeren bir dizi temel ilkeyi izler. Yine de ruh sağlığı alanında hem terapistler hem de danışanlar bu tür sigorta programlarından hoşnut olmayabilir (Decker, 2016). Bu durumun gerekçeleri arasında bu programların kaçınılmaz bir biçimde tedaviyi kısaltması, (Ayarlanabilse maksimum bir süre/seans sınırı vardır.) sonuçları çok net olmayan tedavileri (ilaç tedavisine öncelik vermesi gibi) desteklemesi, psikolojik sorunlar arasında ayrım yapması (ciddi ruhsal rahatsızlıkları olanlar için ekonomik ve imkânlar açısından ayrıca bir zorluk oluşturması), sigorta kapsamındaki tedavi biçimi ve formatının uzman olarak terapistler yerine sigorta şirketleri ve personelleri tarafından belirlenmesi sayılabilir (Bowers ve diğerleri, 2016).

Sigorta kapsamı -hem düzenlenebilir bakım hem de diğer sigorta programları- ile ilgili temel bir sorun da ruhsal bozukluklar için geri ödemelerin fiziksel bozukluklardan daha düşük olma eğiliminde olmasıdır. Bu, psikolojik zorlukları olan kişiler için çok net şekilde bir dezavantajdır (McGuire, 2016). Bu nedenle 2008'de ABD Kongresi, sigorta şirketlerini zihinsel ve fiziksel sorunlar için eşit kapsam sağlamayı zorunlu kılan bir denklik yasasını kabul etmiştir ve 2014'te Hesaplı Sağlık Hizmetleri Yasası (Affordable Care Act, ACA) ile zihinsel sağlığa yönelik kararlar -halk arasında "Obamacare" olarak bilinen- yürürlüğe girmiştir ve önceki yasanın kapsamı da genişletilmiştir. ACA ruh sağlığı hizmetini, tüm sigortacılar tarafından karşılanması *gereken* 10 "temel sağlık yardımlarından" biri olarak belirlemiştir. 2016 seçimi ardından ACA'da da bir takım değişiklikler yapılmıştır ve bu durum gelecekte bu yasanın tamamen yürürlükten kaldırılmasıyla da sonuçlanabilir. Yine de sigorta sisteminde ruh sağlığını da kapsayacak şekilde eşitliğe ulaşmak tam anlamıyla ulaşmak için daha atılacak adımlar bulunmaktadır.

**düzenlenebilir bakım programları** Sigorta şirketinin tıbbi veya psikolojik hizmetlerin niteliğini, kapsamını ve maliyetini büyük ölçüde kontrol ettiği ve farklı paketler olarak sunduğu sağlık sigortası sistemi.

## Günümüzde Öne Çıkan Kuramlar ve Meslekler

Klinik alandaki en önemli gelişmelerden biri de günümüzde bu alanda var olan kuramsal yaklaşımdaki artış olmuştur. 1950'lerden önce anormal davranışların nedeni olarak bilinçdışı psikolojik sorunlara vurgu yapan *psikanalitik* yaklaşım baskındı. O zamandan beri, özellikle *biyolojik, bilişsel-davranışçı, insancıl varoluşsal, sosyokültürel ve gelişimsel psikopatoloji* gibi alternatif yaklaşımlar ortaya çıktı. Şu anda, bir zamanlar psikanalitik yaklaşımda olduğu gibi klinik alana tek bir yaklaşım hakim değildir. Aslında bu yaklaşımlar genellikle birbiriyle çatışır ve rekabet eder.

Ek olarak artık psikolojik sorunları olan kişilere farklı profesyoneller yardım sunmaktadır. 1950'lerden önce psikoterapi yalnızca zihinsel sorunların tedavisinde tıp fakültesinden sonra üç ila dört yıllık ek eğitimi (*bir ihtisas dönemi*) tamamlayan *psikiyatri hekimleri* tarafından sunuluyordu. Ancak II. Dünya Savaşı'ndan sonra Kuzey Amerika ve Avrupa'daki ülkelere dönen milyonlarca askerle ruh sağlığı hizmetlerine olan talep o kadar hızlı arttı ki ihtiyacı karşılamak için diğer meslek grupları devreye girmek zorunda kaldı.

Bu diğer meslek grupları arasında, anormal davranış ve tedavisi konusunda dört ila beş yıllık lisansüstü eğitimini ve bir ruh sağlığı merkezinde bir yıllık stajını tamamlayarak klinik psikoloji alanında doktora yapan *klinik psikologlar* da vardır. Psikoterapi ve ilgili hizmetler aynı zamanda *psikolojik danışmanlar, eğitim ve okul psikologları, psikiyatri hemşireleri, evlilik terapistleri, aile terapistleri ve* -en büyük grup- *klinik sosyal hizmet uzmanları* tarafından sunulmaktadır (bk. **Tablo 1-2**). Bu uzmanlıkların her birinin kendi lisansüstü eğitim programı vardır. Teorik olarak her biri terapiyi farklı şekillerde yürütmektedir ancak gerçekte farklı uzmanlık alanlarından gelen klinisyenler genellikle benzer teknikleri kullanırlar.

II. Dünya Savaşı'ndan bu yana ruhsal bozuklukların incelenmesi ve tedavisi ile ilgili bir diğer gelişme, etkili araştırmaların artmasıdır. *Klinik araştırmacılar*, anormal davranışı en iyi açıklayan ve öngören yaklaşımları, en etkili tedavileri ve klinik teoride veya uygulamada ne tür değişikliklerin gerekli olabileceğini belirlemeye çalışmışlardır. İyi eğitimli klinik araştırmacılar, dünyanın her yerindeki üniversitelerde, tıp okullarında, laboratuvarlarda, akıl hastanelerinde, ruh sağlığı merkezlerinde ve diğer klinik ortamlarda çalışmalar yürütmektedir. Bu araştırmacıların çalışmaları önemli buluşlar elde etmiştir ve anormal davranış hakkındaki fikirlerimizin çoğunu değiştirmiştir.

## Teknoloji ve Ruh Sağlığı

Günümüz dünyasını tanımlayan nefes kesici teknolojik değişim oranı, ruh sağlığı alanında hem olumlu hem de olumsuz önemli etkilere sahiptir ve şüphesiz önümüzdeki yıllarda bu alanı daha da fazla etkileyecektir.

Dijital dünya, anormal davranışlar için yeni tetikleyiciler ve ortamlar sunmaktadır (Turkle, 2017, 2015; Cottle, 2016). Örneğin Bölüm 10'da göreceğiniz gibi, kumar oynama bozukluğundan muzdarip birçok insan, internette kumar oynamanın her zaman

TABLO: 1-2

### Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ruh Sağlığı Uzmanlarının Profili

| | Eğitim Düzeyi | Uygulamaya Başlama Zamanı | Mevcut Sayı | Ortalama Yıllık Maaş | Kadınların Yüzdesi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Psikiyatristler** | MD (tıp hekimi), DO | 1840'lar | 49,000 | 194,000$ | %35 |
| **Psikologlar** | PhD, PsyD, EdD (doktora) | 1940'ların sonu | 188,000 | 73,000$ | %67 |
| **Sosyal çalışmacılar** | MSW, DSW (yüksek lisans ve doktora) | 1950'lerin başı | 649,000 | 46,000$ | %84 |
| **Danışmanlar** | Çeşitli | 1950'lerin başı | 570,000 | 45,000$ | %71 |

Bilgi: BLS, 2017, 2016; DPE, 2016; Salary.com, 2016; APA, 2015; Block, 2015; Pallardy, 2015.

### #PsiFilm

"Benim felsefem, eğer endişelenirsen iki kez acı çekersin." (*Fantastic Beasts and Where to Find Them / Fantastik Canavarlar Nelerdir, Nerede Yaşarlar?, 2016*)

"Kısa süreli hafıza kaybı yaşıyorum." (*Finding Dory / Kayıp Balık Nemo, 2016*)

"Ölüm korkusu mantıksızdır." (*Star Trek Beyond / Star Trek Sonsuzluk, 2016*)

"Eldivenleri her zaman giyiyordu, ben de düşündüm ki belki de kirlilikle ilgili bir sorunu vardır." (*Frozen / Karlar Ülkesi, 2013*)

"Sadece mükemmel olmak istiyorum." (*Black Swan / Siyah Kuğu, 2010*)

"Bebek gibi adım at." (*What About Bob / Peki ya Bob?, 1991*)

"Sabahları, Napalm kokusuna bayılıyorum." (*Apocalypse Now / Kıyamet, 1979*)

"Yılanlar. Neden yılan olmak zorunda kaldı?" (*Raiders of the Lost Ark / Kutsal Hazine Avcıları, 1981*)

"Benimle mi konuşuyorsun?" (*Taxi Driver - Taksi Şoförü, 1976*)

"Annem bugün kendinde değil." (*Psycho - Sapık, 1960*)




Benjamin Schwartz The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Kırk yaşın üzerindeki birinin Snapchat'i anlamaya çalıştığı başka bir vakaya benziyor."*

kolaylıkla ulaşılabilir ve çok cazip olduğunu söyler. Benzer şekilde internet, mesajlaşma ve sosyal medya, başkalarını takip etmek veya zorbalık yapmak, cinsel teşhircilik yapmak veya pedofili arzularının peşinden gitmek isteyen pek çok kişi için uygun ortamlar haline gelmiştir. Aynı şekilde bazı klinisyenler şiddet içeren video oyunlarının antisosyal davranışın gelişimine katkıda bulunabileceğine inanmaktadır. Birçok klinisyene göre sürekli mesajlaşma, tweet atma ve internette gezinme bağımlılık yaratan bir davranış haline gelebilir veya daha kısa dikkat sürelerine yol açabilir.

Ayrıca bazı klinisyenler sosyal ağların psikolojik sorunlara katkıda bulunabileceğinden endişe duymaktadır. Bilimsel araştırmalar genel anlamda sosyal medya kullanıcılarının özellikle yakın ilişkileri sürdürme, sosyal destek alma, güvenilir ilişkiler ve aktif bir yaşam sürdürme olasılıklarının yüksek olduğunu göstermektedir (Hu ve diğerleri, 2017; ACOG, 2016). Ancak bu durumun bir olumsuz tarafı, sosyal ağ sitelerinin bazı ergenlerde akran baskısını ve sosyal kaygıyı artırabileceğini öne süren araştırmaların olmasıdır (Hanna vd., 2017; Houston, 2016). Örneğin bu siteler, bazı kişilerin kendi ağlarındaki diğerlerinin onları sosyal olarak dışlayacağına dair korkular geliştirmesine neden olabilir. Benzer şekilde bu tür siteler utangaç veya sosyal açıdan endişeli kişilerin daha kıymetli olan yüz yüze ilişkilerden çekilmesini kolaylaştırabilir.

Bunlara ek olarak hızlı gelişen dijital dünyamızda klinik tedavinin biçimi ve formatı da sürekli değişmektedir. Örneğin terapistin fiziksel olarak orada bulunmadan ruh sağlığı hizmetleri sunmak için çeşitli teknolojileri kullandığı **telezihinsel sağlık (telemental health)** büyük bir hızla artmaktadır (Carpenter vd., 2018; Comer vd., 2017). Bölüm 2'de göreceğiniz gibi telezihinsel sağlığın danışanlar ve terapistler arasında video konferans kullanarak yapılan çevrim içi, uzaktan terapi, bilgisayar programları aracılığı ile sunulan psikoterapi ve internet temelli destek grupları gibi farklı uygulanış biçimleri vardır. Kelimenin tam anlamıyla binlerce akıllı telefon uygulaması, insanları rahatlatmaya, onları neşelendirmeye, onlara daha iyi hissettirecek tavsiyeler vermeye, değişen ruh hâllerini ve düşüncelerini izlemelerine yardımcı olmaya veya psikolojik durumlarını başka şekilde iyileştirmeye yönelik olarak tasarlanmıştır. Benzer şekilde sayısız internet sitesi de ruh sağlığı bilgileri sunmaktadır. Ne yazık ki bu çevrim içi bilgi zenginliğinin yanı sıra psikolojik sorunlar ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olmaktan uzak kişiler ve siteler tarafından sunulan büyük miktarda yanlış bilgiyi de beraberinde getirmektedir ve insanları psikolojik sorunları için yardım istemekten uzaklaştırmaya çalışan çok sayıda antitedavi diyebileceğimiz internet sitesi de vardır. İlerleyen bölümlerde, örneğin, anoreksiya yanlısı ve intihar yanlısı internet siteleri ve bunların tehlikeli etkilerine dair örnekler göreceksiniz. Teknolojik değişimin etkisi hem klinisyenler hem de araştırmacılar için çetin zorluklara gebedir denebilir.

## #CinsiyeteGöreDeğişim

| | |
|---|---|
| %28 | 1978 yılında kadın psikologların yüzdesi |
| %74 | Şu anda kadın lisansüstü psikoloji öğrencilerinin yüzdesi |

(NCES, 2016; APA, 2015, 2014; Cynkar, 2007)

## ... ÖZETLE...

**SON YILLAR VE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR** 1950'lerde araştırmacılar bir dizi yeni psikotropik ilaç keşfetti. Bu gelişme, yüz binlerce hastanın devlete ait akıl hastanelerinden taburcu edildiği akıl hastanelerinden çıkmasına ve topluma kazandırma politikasına katkıda bulundu. Ayrıca ayaktan tedavi hem hafif hem de şiddetli ruhsal bozukluğu olan çoğu insan için birincil yaklaşım hâline geldi; önleme programlarının sayısı ve etkisi arttı; çok kültürlü psikoloji alanı, klinisyenlerin anormalliği nasıl gördüklerini ve tedavi ettiklerini etkilemeye başladı; sigorta kapsamı, tedavinin yürütülme şekli üzerinde önemli bir etkiye sahipti.

İlaveten anormal psikoloji alanında çeşitli bakış açılarının ve profesyonellerin faaliyet göstermeye başladığı ve pek çok iyi eğitimli klinik araştırmacının şu anda bu alanın kuramlarını ve tedavilerini araştırdığı ortadadır. Ve son olarak son zamanlardaki dikkat çekici teknolojik ilerlemeler ruh sağlığı alanını da etkiledi.

# Klinik Araştırmacılar Ne Yapar?

Bilimsel araştırma, tüm çalışma alanlarında doğruluğun anahtarıdır; anormal psikolojide özellikle de önemlidir çünkü bu alanda yanlış bir inanç büyük acılara yol açabilir. Aynı zamanda, klinik alandaki bilim insanları olarak da adlandırılan klinik araştırmacılar, çalışmalarını ayrıca zorlayan bazı durumlarla da karşı karşıyadır. Örneğin kişisel düşünceler, duygu durum değişiklikleri ve insan potansiyeli gibi soyut ve zor kavramları nasıl değerlendireceklerini belirlemeleri gereklidir. Çalışmayı seçtikleri insanların farklı kültürel geçmişlerini, ırklarını ve cinsiyetlerini göz önünde bulundurmaları gerekir ve her zaman araştırma katılımcılarının ister insan olsun isterse hayvan, etik haklarının ihlal edilmemesini sağlamalıdır. Şimdi gelin, bugünün araştırmacıları tarafından kullanılan önde gelen yöntemlere bir göz atalım.

Klinik araştırmacılar, anormal davranışın esas yasalarını veya ilkelerini keşfetmeye çalışırlar. Anormalliğin doğası, nedenleri ve tedavileri hakkında genel veya *nomotetik* bir anlayış ararlar. Bu kadar geniş genel görüşler elde etmek için klinik araştırmacılar, diğer alanlardaki bilim adamları gibi, **bilimsel yöntemi** kullanırlar -yani dikkatli gözlemler yoluyla bilgiyi toplar ve değerlendirirler. Bu gözlemler, *değişkenler* arasındaki ilişkileri saptamalarına ve açıklamalarına olanak tanır.

Basitçe ifade etmek gerekirse değişken; zamandan zamana, bir yerden bir yere veya kişiden kişiye değişebilen herhangi bir özellik, olay veya durumdur. Yaş, cinsiyet ve ırk insani değişkenlerdir. Göz rengi, meslek ve sosyal statü de öyle. Klinik araştırmacılar çocukluk çağı rahatsızlıkları, mevcut yaşam deneyimleri, duygu durum, sosyal işlevsellik ve tedaviye tepki gibi değişkenlerle de ilgilenir. Bu tür iki veya daha fazla değişkenin birlikte değişip değişmediğini ve bir değişkendeki bir değişikliğin diğerinde bir değişikliğe neden olup olmadığını belirlemeye çalışırlar. Bir ebeveynin ölümü bir çocuğun depresyona girmesine neden olur mu? Eğer öyleyse belirli bir tedavi bu depresyonu azaltır mı?

Bu tür sorular tek başına mantıkla cevaplanamaz çünkü tüm insanlar gibi bilim adamları da sıklıkla düşünmede hata yaparlar. Bu nedenle klinik araştırmacılar temel olarak üç araştırma yöntemine dayanmalıdır: tipik olarak sadece bir bireye odaklanan *vaka çalışması* ve genellikle birçok kişi hakkında bilgi toplamak için kullanılan yaklaşımlar olan *korelasyonel yöntem* ve *deneysel yöntem*. Her biri, belirli türden koşullar ve sorular için uygundur. Bu yöntemler, bilim insanlarının belirli değişkenlerin belirli şekillerde ilişkili olduğuna dair **hipotezler** veya tahminler oluşturup test etmelerine ve bu ilişkilerin nedenine dair genel sonuçlar çıkarmalarına olanak tanır. Daha doğrusu bir hipotez, bir araştırma için bir temel sağlamak için sunulan en temel varsayıma dayalı bir açıklamadır.

**telezihinsel sağlık** Terapistin fiziksel olarak bulunmadan ruh sağlığı hizmetlerini sunmak için dijital teknolojileri kullanması.

**bilimsel yöntem** Bir olguyu anlamak için dikkatli gözlemlerle sistematik olarak bilgiyi toplama ve değerlendirme süreci.

**hipotez** Belirli değişkenlerin belirli şekillerde ilişkili olduğuna dair bir önsezi veya tahmin.

**vaka çalışması** Bir kişinin yaşamının ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı bir açıklaması.

## Vaka Çalışması

**Vaka çalışması**, bir kişinin yaşamının ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı bir açıklamasıdır. Kişinin geçmişini, mevcut koşullarını ve semptomlarını tanımlar. Ayrıca sorunların neden ortaya çıktığına dair tahminler içerebilir ve kişinin tedavisini tanımlayabilir (Tight, 2017). Bölüm 5'te göreceğiniz gibi alanda en iyi bilinen vaka çalışmalarından biri olan *The Three Faces of Eve (Eve'in Üç Yüzü)*, her biri farklı anılara, tercihlere ve kişisel alışkanlıklara sahip üç farklı kişiliğe sahip bir kadını anlatır (Thigpen ve Cleckley, 1957).

Çoğu klinisyen danışanlarını tedavi ederken notlar alır, kayıt tutar ve bazı klinisyenler bu tür notları diğer profesyonellerle paylaşmak üzere resmi bir vaka çalışması olarak düzenler. Bir vaka çalışmasının sunduğu ipuçları, klinisyenin söz konusu kişiyi daha iyi anlamasına veya tedavi etmesine yardımcı olabilir. Ek olarak vaka çalışmaları, bireysel klinik vakaların çok ötesine geçen nomotetik roller oynayabilir.


© AP Images

**Genain Dördüzleri.** Anormal psikolojideki en ünlü vaka çalışmalarından biri, araştırmacılar tarafından "Genain" kız kardeşler olarak adlandırılan özdeş dördüzler üzerine yapılan bir çalışmadır. (Yunanca "korkunç doğum" için kullanılan terimden esinlenilmiştir.) Tüm kız kardeşler yirmili yaşlarında şizofreni tanısı aldı.

**Vaka Çalışmaları Nasıl Faydalı Olur?** Vaka çalışmaları araştırmacılar için birçok yönden faydalıdır (Gerring, 2017; Tight, 2017). Örneğin davranışla ilgili yeni



J.B. Handelsman The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Ben bir bilim insanıyım ama sosyal bilimciyim, Michael. Bu, elektriği ya da onun gibi bir şeyi açıklayamayacağım anlamına geliyor ama eğer insanlar hakkında bir şeyler bilmek istersen bana sorabilirsin."*

fikirlerin kaynağı olabilirler ve "buluşların yolunu açabilirler" (Bolgar, 1965). Sigmund Freud'un psikanaliz kuramı esas olarak özel muayenehanesinde gördüğü hastalara dayanıyordu. Ek olarak vaka çalışması bir kuram için *deneysel destek* de sunabilir. Freud vaka çalışmalarını bu şekilde de kullanmış ve bu çalışmaları fikirlerinin doğruluğunun kanıtı olarak görmüştür. Tam tersi, vaka çalışmaları *bir kuramın varsayımlarını reddetme* amacıyla da kullanılabilir.

Vaka çalışmaları, *yeni tedavi tekniklerinin* değerini de gösterebilir ve son olarak çok sayıda gözleme izin verecek kadar sık meydana gelmeyen *olağandışı sorunları* inceleme fırsatı sunabilir. *The Three Faces of Eve*'de sergilenen *dissosiyatif kimlik bozukluğu* gibi bozuklukların araştırmacıları, bir zamanlar bilgi için tamamen vaka çalışmalarına güveniyorlardı.

**Vaka Çalışmalarının Sınırlılıkları Nelerdir?** Vaka çalışmalarının bazı sınırlılıkları da vardır (Gerring, 2017; Tight, 2017). Birincisi vaka çalışmasının sonuçları *ön yargılı gözlemciler* tarafından yani tedavilerinin başarılı olduğunu görmeye ilişkin kişisel arzuları veya çıkarları olan terapistler tarafından rapor edilir. Bu terapistlerin bir vaka çalışmasına neyi dahil edeceklerini seçmesi gerekir ve seçimleri yine bazen kendi kendilerine hizmet edebilir. İkinci olarak vaka çalışmaları *öznel kanıtlara* dayanır. Bir danışanın problemi gerçekten terapistin veya danışanın sebep olduğunu söylediği olaylardan mı kaynaklanmaktadır? Sonuçta bunlar duruma katkıda bulunabilecek olayların sadece bir kısmıdır. Son olarak vaka çalışmaları *genelleme için çok az temel* sağlar. Küçük Hans'ın hadım edilmekten ve babasından korktuğu için bir at korkusu geliştirdiği konusunda hemfikir olsak bile diğer insanların fobilerinin de aynı tür nedenlerden kaynaklandığından nasıl emin olabiliriz? Bir vakada önemli görünen olaylar veya tedaviler, başkalarını anlama veya tedavi etme çabalarında hiç faydalı olmayabilir.

**Neden vaka çalışmaları ve diğer anekdot önerileri insanları sistematik araştırmalardan çok daha fazla etkiliyor?**

Vaka çalışmasının sınırlılıkları büyük ölçüde diğer iki araştırma yöntemiyle ele alınmaktadır: *korelasyonel yöntem* ve *deneysel yöntem*. Bu yöntemler, vaka çalışmalarını bu kadar ilginç kılan zengin ayrıntıyı sunmaz ancak araştırmacıların genel olarak popülasyondaki anormallik hakkında genel sonuçlar çıkarmalarına yardımcı olur. Bu nedenle çoğu klinik araştırmacı bu yöntemleri vaka çalışmasına tercih eder.

Korelasyonel ve deneysel yöntemlerin üç özelliği, klinik araştırmacıların genel veya nomotetik görüşler elde etmesini sağlar: (1) Araştırmacılar genellikle birçok kişiyi gözlemler. (2) Araştırmacılar prosedürleri daima aynı tarzda uygular ve böylece araştırmalarını *tekrar edebilir*. (3) Araştırmacılar, çalışmalarının sonuçlarını analiz etmek ve sonuçlarının doğruluğunu belirlemek için *istatistiksel testler* kullanır.

## Korelasyonel Yöntem

**Korelasyon**, olayların veya özelliklerin birbirlerinden farklılaşma derecesidir. **Korelasyonel yöntem**, değişkenler arasındaki bu "karşılıklı ilişkiyi" belirlemek için kullanılan bir araştırma sürecidir (Salkind, 2017). Bu yöntem örneğin, "İnsanların yaşamlarındaki stres miktarı ile yaşadıkları depresyon düzeyi arasında bir ilişki var mı?" sorusuna yanıt vermek için kullanılabilir. Yani insanlar, stresli olaylar yaşamaya devam ettikçe depresyona girme olasılıkları giderek artar mı?

**korelasyon** Olayların veya özelliklerin birbirine göre değişiklik derecesi.

**korelasyonel yöntem** Olayların veya özelliklerin birbirine göre ne kadar değiştiğini belirlemek için kullanılan bir araştırma yöntemi.

Bu soruyu test etmek için araştırmacılar, bireylerden yaşam stresi puanları (örneğin belirli bir süre boyunca yaşanan tehdit edici olayların sayısı) ve depresyon puanları (örneğin bir depresyon anketinden alınan puan) toplarlar ve bu puanlar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarırlar. Bir çalışma için seçilen kişiler için bugünün araştırmacıları tarafından tercih edilen terim araştırma denekleri veya *katılımcılarıdır*.




Bill Pugliano/Getty Images

**Stres ve depresyon** 2016 yılında Michigan, Flint'teki bir kilise ayininde bir kadın, şehirdeki su kirliliği krizinin ardından kendisinin ve diğer binlerce mağdurun karşı karşıya kaldığı çaresiz durumu anlatan bir pankart tutuyor. Araştırmalar, bu şehirde yaşayan bir çok kişide bu ve benzeri toplum temelli felaketlerin ortaya çıkardığı strese depresyon ve diğer psikolojik semptomların da eşlik ettiğini bulmuştur (Goodnough ve Atkinson, 2016).

Araştırmacılar, genellikle yaşam stresi ve depresyon değişkenlerinin gerçekten birlikte arttığını veya azaldığını bulmuşlardır (Yang ve diğerleri, 2017; Hammen, 2016). Yani birinin yaşam stresi puanı ne kadar yüksekse depresyon ölçeğindeki puanı da o kadar yüksek olur. Değişkenler aynı yönde değiştiğinde korelasyonlarının pozitif *yönde* olduğu söylenir ve *pozitif korelasyon* olarak adlandırılır. Alternatif olarak korelasyonların yönü pozitif yerine negatif de olabilir. *Negatif bir korelasyonda,* bir değişkenin değeri azaldıkça diğer değişkenin değeri artar. Araştırmacılar örneğin depresyon ve aktivite seviyesi arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır. Bir kişinin depresyonu ne kadar fazlaysa, aktivite sayısı o kadar azdır.

Korelasyonel çalışma için üçüncü bir olası sonuç daha vardır. İncelenen değişkenler *ilişkili olmayabilir* yani aralarında tutarlı bir ilişki yoktur. Bir değişkenin ölçüleri arttıkça diğer değişkeninki bazen artar bazen azalır. Araştırmalar örneğin depresyon ve zekanın birbiriyle ilişkili olmadığını bulmuştur.

Bir korelasyonun yönünü bilmenin yanı sıra araştırmacıların onun *büyüklüğünü* veya gücünü de bilmeleri gerekir. Yani iki değişken ne kadar yakından ilişkili? Biri *her zaman* diğeriyle birlikte değişiyor mu yoksa iki değişken arasındaki ilişki daha zayıf mı? İki değişkenin farklı kişilerde çok yakın bir şekilde değiştiği tespit edildiğinde korelasyonun yüksek veya güçlü olduğu söylenir.

Bir korelasyonun yönü ve büyüklüğü genellikle sayısal olarak hesaplanır ve *korelasyon katsayısı* adı verilen istatistiksel bir terimle ifade edilir. Korelasyon katsayısı iki değişken arasında mükemmel bir pozitif korelasyonu gösteren +1,00 ile mükemmel bir negatif korelasyonu temsil eden -1,00 arasında değişiklik gösterir. Katsayının *işareti* (+ veya -) korelasyonun yönünü belirtir, buradaki rakamsal değer ise ilişkinin büyüklüğünü temsil eder. Korelasyon .00'a ne kadar yakınsa o kadar zayıf veya derece olarak düşüktür. Bu nedenle +.75 ve –.75 korelasyonları eşit büyüklüktedir ve eşit derecede güçlüdür, oysa +.25 korelasyonu her ikisinden de zayıftır.

Herkesin davranışı değişiklik gösterebilir ve pek çok insan tepkisi yalnızca yaklaşık olarak ölçülebilir. Psikoloji araştırmalarında bulunan çoğu korelasyon, bu nedenle mükemmel pozitif veya negatif korelasyondan yoksundur. Örneğin yaşam stresi ve depresyon çalışmaları, +.53'e kadar yüksek korelasyonlar bulmuştur (Krishnan, 2017; Miller ve diğerleri, 1976). Pek mükemmel olmasa da bu büyüklükteki bir korelasyon psikoloji araştırmalarında büyük olarak kabul edilir.

#

## #WEIRDKatılımcılar

Psikoloji çalışmalarının yaklaşık yüzde 70'inde üniversite öğrencileri katılımcı olarak kullanılıyor. Bu katılımcılar; çoğunlukla Batılı, eğitimli, sanayileşmiş, zengin ve demokratik toplumlardan oldukları için genellikle WEIRD kısaltmasıyla tanımlanır (Robson, 2017; Henrich ve diğerleri, 2010).




Imaginechina via AP Images

**İkizler, korelasyon ve kalıtım**
Bu sağlıklı ikiz kız kardeşler, Çin'in Pekin kentindeki Hongling Jin Park'ta bir ikiz kültür festivaline katılıyor. Pek çok ikizle yapılan korelasyonel çalışmalar, genetik faktörler ile belirli psikolojik bozukluklar arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmektedir. Tek yumurta ikizleri (tamamen aynı genlere sahip olanlar) bazı bozukluklar için çift yumurta ikizlerine (genetik yapıları aynı olmayan) göre daha yüksek bir korelasyon gösterirler.

**Korelasyona Ne Zaman Güvenilebilir?** Bilim adamları, belirli bir örneklemde buldukları korelasyonun genel popülasyondaki gerçek bir korelasyonu doğru bir şekilde yansıtıp yansıtmadığına karar vermelidir. Gözlemlenen korelasyon sadece tesadüfen gerçekleşmiş olabilir mi? Bu sebeple sonuçlarını, olasılık ilkelerini kullanarak verilerinin istatistiksel bir analizi ile test edebilirler (Salkind, 2017). Temelde çalışmanın bulgularının tesadüfen meydana gelme olasılığının ne kadar yüksek olduğunu araştırırlar. Eğer istatistiksel analiz, buldukları korelasyonu açıklamada şansın olası bir etkisi olmadığını gösteriyorsa araştırmacılar bulgularının genel popülasyondaki gerçek bir korelasyonu yansıttığı sonucuna varabilir.

**Korelasyonel Yöntemin Faydaları Nelerdir?** Korelasyonel yöntemin vaka çalışmasına göre belirli avantajları vardır (bk. **Tablo 1-3**). Araştırmacılar değişkenlerini ölçtükleri, birçok katılımcıyı gözlemledikleri ve istatistiksel analizler uyguladıkları için korelasyonlarını araştırmaya dâhil ettikleri katılımcıların dışındaki insanlara da genellemek için daha iyi bir konumdadırlar. Ayrıca araştırmacılar, önceki çalışmaların sonuçlarını kontrol etmek için yeni örneklemleri kullanarak korelasyonel çalışmaları kolayca tekrar edebilirler.

**Aklınıza hayatta yanlışlıkla nedensel olarak yorumlanan başka korelasyonlar geliyor mu?**

Diğer yandan korelasyonlar araştırmacıların iki değişken arasındaki ilişkiyi tanımlamalarına izin verse de ilişkiyi *açıklamaz*. Birçok yaşam stresi çalışmasında bulunan pozitif korelasyonel ilişkiye baktığımızda son günlerde yaşam stresindeki artışın insanların daha fazla depresyona girmesine neden olduğu sonucuna varmak isteyebiliriz. Ancak aslında bu durum şu üç nedenden herhangi birinden kaynaklanıyor olabilir: (1) Yaşam stresi, depresyona neden olabilir. (2) Depresyon, insanların daha fazla yaşam stresi yaşamasına neden olabilir

**TABLO: 1-3**

**Araştırma Yöntemlerinin Karşılaştırmalı Güçlü ve Zayıf Yönleri**

| | Kişisel Bilgi | Genel Bilgi | Nedensel Bilgi | İstatistiksel analiz | Tekrarlanabilir |
|---|---|---|---|---|---|
| Vaka Çalışması | Evet | Hayır | Hayır | Hayır | Hayır |
| Korelasyonel Yöntem | Hayır | Evet | Hayır | Evet | Evet |
| Deneysel Yöntem | Hayır | Evet | Evet | Evet | Evet |

(Örneğin hayata dair depresif bir yaklaşım, insanların işte kötü performans göstermesine neden olabilir veya sosyal ilişkilerini kötüleştirebilir.) (3) Depresyon ve yaşam stresine finansal sorunlar gibi üçüncü bir değişken sebep oluyor olabilir (Yazdi vd., 2018; Gutman ve Nemeroff, 2011).

Korelasyonlar nedensellik hakkında hiçbir şey söylemese de yine de klinisyenler için çok yararlı olabilir. Örneğin klinisyenler, insanlar daha depresif hale geldikçe intihar girişimlerinin arttığını bilir. Bu nedenle ileri düzeyde depresyonu olan danışanlarla çalıştıklarında, intihar düşüncesi belirtileri arama konusunda daha tetikte olurlar. Belki depresyon doğrudan intihar davranışına neden oluyor olabilir veya belki de umutsuzluk hissi gibi üçüncü bir değişken hem depresyona hem de intihar düşüncelerine neden oluyor olabilir. Sebep ne olursa olsun, sadece bir korelasyon olduğunu bilmek, klinisyenlerin hayat kurtarmaya yardımcı olmak için belirli önlemleri (hastaneye yatırma gibi) almasını sağlayabilir.

Elbette başka durumlarda, klinisyenlerin bir değişkenin diğerine neden olup olmadığını bilmeleri gerekir. Ebeveynlerin evlilik içi çatışmaları çocuklarının daha endişeli olmasına neden olur mu? İş memnuniyetsizliği depresyon duygularına yol açar mı? Uygulanan bir tedavi, insanların hayatta daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olacak mı? Nedensellik hakkındaki sorular deneysel yöntemi gerektirir.

**deney** Bir değişkenin manipüle edildiği ve manipülasyonun başka bir değişken üzerindeki etkisinin gözlemlendiği araştırma yöntemi.

**bağımsız değişken** Bir deneydeki başka bir değişken üzerinde bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için manipüle edilen değişken.

**bağımlı değişken** Bir deneydeki bağımsız değişken manipüle edilirken değişmesi beklenen değişken.

**karıştırıcı** Bir deneyde, bağımsız değişkenden başka, bağımlı değişkene etki eden değişken.

**kontrol grubu** Bir deneyde bağımsız değişkene maruz kalmayan bir grup katılımcı.

## Deneysel Yöntem

**Deney**, bir değişkenin manipüle edildiği (yani değişimlendiği) ve manipülasyonun başka bir değişken üzerindeki etkisinin gözlemlendiği bir araştırma yöntemi olarak tanımlanabilir (Leavy, 2017). Manipüle edilen değişken **bağımsız değişken** olarak adlandırılır ve gözlemlenen değişken **bağımlı değişken** olarak adlandırılır.

Deneysel yöntemi daha kapsamlı bir şekilde incelemek için klinisyenler tarafından sıklıkla sorulan bir soruyu ele alalım (Priday ve diğerleri, 2017): "Belirli bir terapi yöntemi, belirli bir bozukluğun semptomlarını azaltır mı?" Bu soru nedensel bir ilişki ile ilgili olduğu için ancak bir deneyle cevaplanabilir. Yani araştırmacılar söz konusu terapiyi belirli bir bozukluğa sahip insanlara uygulamalı ve sonra iyileşip iyileşmediklerini değerlendirmelidir. Burada terapi bağımsız değişkendir ve psikolojik iyileşme ise bağımlı değişkendir.

Korelasyonel araştırmalarda olduğu gibi, deney yapan araştırmacılar verileri üzerinde istatistiksel bir analiz yapmalı ve gözlemlenen iyileşmenin şansa bağlı olma olasılığını tespit etmelidir (Salkind, 2017). Aynı şekilde, eğer bu olasılık çok düşükse iyileşme istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir ve araştırmacı, bir miktar güvenle bu iyileşmenin bağımsız değişkenden kaynaklandığı sonucuna varabilir.

Bağımlı değişkendeki değişikliklerin gerçek nedeni diğer olası nedenlerden ayrıştırılamıyorsa bu deney çok az bilgi verir. Bu nedenle araştırmacılar, çalışmalarındaki tüm **karıştırıcıları** -bağımlı değişkeni etkileyebilecek bağımsız değişken dışındaki değişkenleri- ortadan kaldırmaya veya kontrol etmeye çalışmalıdır. Bir deneyde karıştırıcılar olduğunda gözlemlenen değişikliğe bağımsız değişken yerine bu karıştırıcı değişkenler neden olmuş olabilir.

Örneğin terapi ortamı (örneğin kalabalık bir şehir sokağının aksine sessiz kırsal bir ortam) gibi durumsal değişkenler veya ofisteki yatıştırıcı fon müziği bir terapi çalışmasına katılanlar üzerinde terapötik bir etkiye sahip olabilir veya katılımcılar aşırı derecede motive olmuş olabilirler veya terapinin işe yarayacağına dair yüksek beklentilere sahip olabilir, bu nedenle onların gelişimi bu faktörlerle açıklanabilir. Karıştırıcılara karşı önlem almak için araştırmacılar deneylerine üç önemli özelliği dâhil etmelidir -*bir kontrol grubu, seçkisiz atama ve bir maskeli (körleme) desen* (Comer ve Bry, 2018).

**Kontrol Grubu:** **Kontrol grubu,** incelenen bağımsız değişkene maruz kalmayan ancak bağımsız değişkene maruz kalan deney grubundaki katılımcılarla benzer deneyimleri olan katılımcılardan oluşan bir gruptur. Bir araştırmacı, iki grubu karşılaştırarak bağımsız değişkenin etkisini daha iyi belirleyebilir.

**Hayvanlarla arkadaşlık, etkili bir müdahale midir?** Almanya, Hodenhagen yakınlarındaki Serengeti Parkı'nda bir bireyin omzunda halka kuyruklu bir lemur oturuyor. Bu durum, hayvanların -lemurların bile- insanlar üzerinde sakinleştirici bir etkiye sahip olduğu önermesine dayanan "Psikiyatrik Hayvan Günleri" adlı aylık bir programın parçası. Şu anda psikolojik problemler için 400'den fazla müdahale türü kullanılmaktadır. Elbette bunun veya başka herhangi bir tedavi şeklinin hastaların iyileşmesine neden olup olmadığını belirlemek için deneysel bir desen kullanmak gereklidir.



Holger Hollemann/picture-alliance/dpa/AP Images

**deney grubu** Bir deneyde incelenen bağımsız değişkene maruz kalan katılımcılar.

**seçkisiz atama** Katılımcıların seçkisiz şekilde kontrol grubuna veya deney grubuna yerleştirilmesini sağlayan bir atama yöntemi.

**maskeli desen** Katılımcıların deneysel mi yoksa kontrol koşulunda mı olduklarını bilmedikleri bir deney. (Körlemesine desen olarak da bilinir.)

**yarı deneysel desen** Bir deneyin temel unsurlarını "tam anlamıyla" içermeyen ve/veya deneysel ve korelasyonel çalışmaların elementlerini birbirine karıştıran bir araştırma deseni. Karma desen olarak da adlandırılır.

**eşleşmeli desen** Deney katılımcılarını temel özellikler bakımından benzer olan kontrol katılımcıları ile eşleştiren bir araştırma deseni.

Örneğin araştırmacılar belirli bir terapinin etkililiğini incelemek için genellikle katılımcıları iki gruba ayırır. **Deney grubu** bir ofise gelir ve bir saatlik bir terapi alırken kontrol grubu yalnızca bir saatliğine ofise gelir ama terapi almaz. Araştırmacılar daha sonra deney grubundaki insanların kontrol grubundakilerden daha fazla iyileşme gösterdiğini fark ederlerse terapinin zaman, ofis ortamı ve diğer karıştırıcıların etkilerinden bağımsız olarak etkili olduğu sonucuna varabilirler. Karıştırıcılara karşı önlem almak için araştırmacılar hem kontrol hem de deney grubundaki tüm katılımcıların bağımsız değişken dışında her açıdan aynı deneyimleri yaşamalarını sağlamaya çalışırlar.

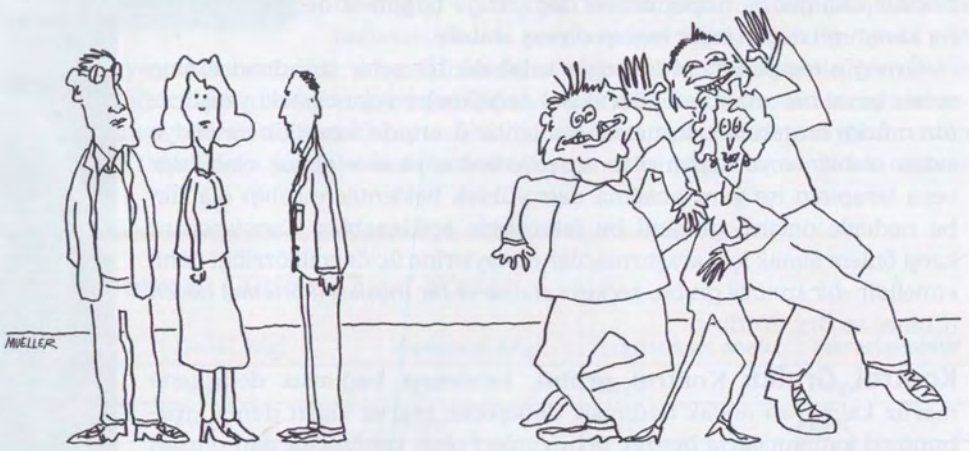
**Seçkisiz Atama:** Araştırmacılar, deney ve kontrol gruplarının yapısındaki farklılıklara da dikkat etmelidir çünkü bu farklılıklar da bir çalışmanın sonuçları için karıştırıcı olabilir. Örneğin bir terapi çalışmasında, araştırmacı istemeden sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıları deney grubuna ve düşük olanları kontrol grubuna koyabilir. Terapiden ziyade gruplar arasındaki bu fark, deney grubundaki katılımcılarda bulunan iyileşmenin nedeni olabilir. Önceden var olan farklılıkların etkilerini azaltmak için araştırmacılar genellikle **seçkisiz atama** yöntemini kullanırlar. Seçkisiz atama, deneydeki her katılımcının bir gruba yerleşmek kadar diğer gruba da yerleşme ihtimalinin olduğu herhangi bir seçim prosedürünü tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir (Comer ve Bry, 2018). Araştırmacılar, örneğin, yazı tura atarak veya şapkadan isimler seçerek insanları deney veya kontrol gruplarına atayabilir.

**Maskeli (Körleme) Desen:** Son bir karıştırıcı sorun *yanlılıktır*. Katılımcılar, araştırmacıyı memnun etmeye veya araştırmacıya yardım etmeye çalışarak bir deneyin sonuçlarını etkileyebilir. Örneğin bir terapi deneyinde tedaviyi alan katılımcılar çalışmanın amacını ve hangi grupta olduklarını bilirlerse kendilerini daha iyi hissetmek veya deneycinin beklentilerini karşılamak için daha çok çaba gösterebilir. Bu durumda ise, terapiden ziyade *denek veya katılımcı* yanlılığı iyileşmeye neden olabilir.

Bu yanlılığı önlemek için araştırmacılar katılımcıların hangi grupta olduklarını bilmelerini engelleyebilirler. Bu deneysel stratejiye **maskeli desen** (Daha önce *körleme desen* deniyordu.) denir çünkü bireyler kendilerinin atandığı gruptan habersizdirler. Örneğin bir terapi çalışmasında, kontrol grubu katılımcılarına gerçek terapi gibi görünen ancak gerçek terapinin temel bileşenlerinden hiçbirine sahip olmayan bir *plasebo* (Latince "memnun etmek" anlamına gelir) verilebilir. Bu "sahte" tedaviye *plasebo tedavisi* denir. Deney (gerçek terapi) grubu katılımcıları, kontrol (plasebo terapisi) grubu katılımcılarından daha fazla iyileşme gösterirse deneyciler, gerçek terapinin iyileşmelerine neden olduğuna daha fazla güven duyarlar.

**Neden sadece şeker içeren ilaçlar ya da diğer plasebo tedaviler insanların daha iyi hissetmesine yardımcı olur?**

Bir deney, *araştırmacı yanlılığından* da etkilenebilir -yani araştırmacıların, çalışmalarındaki katılımcılara istemeden aktardıkları beklentileri de olabilir. Örneğin bir ilaç tedavisi çalışmasında araştırmacı, deney grubundaki katılımcılara gerçek




KONTROL GRUBU KONTROLÜNÜ KAYBETMİŞ GRUP

Peter Mueller The New Yorker Collection/The Cartoon Bank


Greg Baker/Getty Images

ilaçlar verirken daha içten gülümseyebilir ve kendinden emin hareketler sergileyebilir ancak kontrol grubu katılımcılarına plasebo ilaçları verirken kaşlarını çatabilir ve kuşkulu görünebilir. Bu tür bir yanlılık, bunu ilk tanımlayan psikologdan sonra *Rosenthal etkisi* olarak da adlandırılmıştır (Rosenthal, 1966). Araştırmacılar, kendileri de farkında olmayacak şekilde ayarlayarak kendi yanlılıklarını ortadan kaldırabilirler. Örneğin bir ilaç tedavisi çalışmasında araştırmacının yardımcısı, gerçek ilaçla plasebo ilacının aynı görünmesini sağlayabilir. Araştırmacı daha sonra hangi katılımcıların gerçek ve hangilerinin sahte ilaç aldığını bilmeden tedavi uygulayabilir. Bir deneyde katılımcılar ya da araştırmacı, verilen ilaçtan tamamen habersiz olabilir ama en iyi koşul aslında katılımcıların da araştırmacının da hangi grubun ne aldığından habersiz olmasıdır -yani *çift maskeli desen* adı verilen bir araştırma stratejisi. Aslında çoğu ilaç deneyinde umut vadeden ilaçları test etmek için artık çift maskeli desenler kullanılmaktadır (Kim ve diğerleri, 2017).

## Diğer Araştırma Desenleri

Klinik bilim insanları genellikle idealin altındaki araştırma desenlerine razı olmak zorundadır. Bu alternatif desenler genellikle **yarı deneysel desenler** veya **karma desenler** olarak adlandırılır -"tam anlamıyla" bir deneyin temel bileşenlerini veya hem deneysel hem de korelasyonel çalışmaların birlikte kullanıldığında gerekli olan bileşenleri içermeyen desenler (Leavy, 2017; Salkind, 2017). Bu tür varyasyonlar *eşleşmeli desen, doğal deney, analog deney, tek denekli deney, boylamsal çalışma ve epidemiyolojik çalışma* içerir.

**Eşleşmeli desenlerde** araştırmacılar katılımcıları kontrol ve deney gruplarına rastgele atamazlar, bunun yerine dünyada zaten var olan grupları kullanırlar. Örneğin çocuk istismarının etkilerini inceleyen araştırmayı düşünün. Bu konuyu araştıran araştırmacılar için rastgele seçilmiş bir grup çocuğu fiilen istismar etmek etik olmayacağından bunun yerine zaten istismar geçmişi olan çocukları olmayan çocuklarla karşılaştırmalılardır. Bu karşılaştırmayı olabildiğince geçerli hâle getirebilmek için araştırmacılar deney grubundaki katılımcıları (istismara uğramış çocuklar) yaş, cinsiyet, ırk, ailedeki çocuk sayısı, yaşadıkları mahalle türü veya diğer özellikler açısından benzer olan kontrol grubu katılımcılarıyla (istismara uğramayan çocuklar) eşleştirirler (Jacobsen, 2016). Böyle bir deseni kullanan araştırmalardan elde edilen veriler, istismara uğramış çocukların istismara uğramamış eşleştirilmiş kontrol katılımcılarına kıyasla genel olarak daha üzgün ve daha düşük öz güvene sahip olduğunu gösterdiğinde araştırmacılar bir miktar güvenle istismarın bu farklılıklara neden olduğu sonucuna varabilirler (Greger ve diğerleri, 2016; Jaschek ve diğerleri, 2016).

**Hatalı çalışmalar, devasa etkiler** Pekin'de bir LGBTQ aktivisti, dönüştürme ya da onarım terapisi üzerine bir mahkeme duruşmasını dev bir şırıngayla bir hastaya iğne enjekte ediyormuş gibi davranarak protesto ediyor. Eş cinsellerin cinsel yönelimlerini değiştirmelerine yardımcı olmak amacıyla geliştirilen dönüştürme terapisi, 1990'ların sonlarında bazı klinik çevrelerce olumlu karşılandı. Fakat artık yaygın bir şekilde gözden düşmüş bir psikolojik tedavi olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte 2012'de dünyanın en saygın psikiyatri araştırmacılarından biri olan Robert Spitzer, eş cinsel topluluğundan özür diledi ve kendisinin ve diğerlerinin dönüştürme terapisinin etkili olduğunu destekleyen araştırmalarının kaçınılmaz şekilde kusurlu ve ahlaki olarak yanlış olduğunu dile getirdi.

### #EtikZorluklar

**Belirti-Alevlenme Çalışmaları** Bazı çalışmalarda hastalara semptomlarını yoğunlaştırmak için ilaçlar verilebilmektedir. Böylece araştırmacılar hastalıkların biyolojisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmektelerdir.

**İlaç Tedavisi Bırakma Çalışmaları** Bazı çalışmalarda araştırmacılar, hastaların belirli ilaçları ne zaman bırakabilecekleri hakkında daha fazla bilgi edinmek için bir süredir belirti göstermeyen hastalara ilaçlarını daha erken bıraktırmaktalardır.

**Doğal deneylerde** doğanın kendisi bağımsız değişkeni manipüle ederken araştırmacı etkileri gözlemler. Doğal deneyler sel, deprem, uçak kazası ve yangın gibi nadir ve öngörülemeyen olayların psikolojik etkilerini incelemek için kullanılmalıdır. Bu çalışmalardaki katılımcılar, araştırmacıların deseninden ziyade kader tarafından tesadüfi olarak seçildikleri için doğal deneyler aslında yarı deneysel desendir.

26 Aralık 2004'te Endonezya, Sumatra kıyılarında Hint Okyanusu'nun altında bir deprem meydana geldi. Bu deprem, okyanusun sahil şehirlerini sular altında bırakan, 225.000'den fazla insanı öldüren, yarım milyondan fazla insanı yaralayan özellikle Endonezya, Sri Lanka, Hindistan ve Tayland'da hayatta kalan milyonlarca insanı evsiz bırakan bir dizi büyük tsunamiyi tetikledi. Bu felaketten sonraki aylar içinde araştırmacılar, hayatta kalan yüzlerce kişiden ve bu tsunamilerden doğrudan etkilenmeyen bölgelerde yaşayan kontrol gruplarından veri toplayarak doğal deneyler yaptılar. Afetten kurtulanlar kontrol grubundaki kişilere kıyasla kaygı ve depresyon ölçümlerinde (bağımlı değişkenler) önemli ölçüde daha yüksek puan aldı. Hayatta kalanlar ayrıca kontrol grubundakilere kıyasla daha fazla uyku sorunları, soyutlanma duyguları, uyarılma, konsantre olma güçlüğü, irkilme tepkileri ve suçluluk duyguları yaşadılar (Adeback ve diğerleri, 2018; Hussain ve diğerleri, 2016). Geçtiğimiz birkaç yıl içinde diğer doğal deneyler 2010 Haiti Depremi'nden, Japonya'nın 2011'deki büyük depreminden, 2012'de Kuzeydoğu'daki Süper Fırtına Sandy'den, 2017'de Houston, Florida ve Porto Riko'daki yıkıcı kasırgalardan ve 2017 ve 2018'de Kaliforniya'nın bazı bölgelerini kasıp kavuran şiddetli orman yangınlarından kurtulanlara odaklandı. Bu çalışmalar bu felaketlerden kurtulanlarda görülen kalıcı psikolojik semptomları da ortaya çıkardı (Li ve diğerleri, 2018; Usami ve diğerleri, 2016).



Mikel Roberts/Getty Images

**Yeterince benzer mi?** 59 yaşındaki ünlü şempanze Çita, arkadaşı ve eğitmeniyle birlikte resim yapıyor. Şempanzelerin ve insanların, genetik materyallerinin yüzde 90'ından fazlası ortaktır ancak beyinleri ve bedenleri, algıları ve deneyimleri gibi çok farklıdır. Bu nedenle hayvan analog deneylerinde üretilen anormal davranışlar, incelenen insan anormalliğinden farklı olabilir.

Araştırmacılar sıklıkla **analog deneyler** de yürütürler. Bu deneylerde araştırmacılar, laboratuvar katılımcılarını gerçek hayattaki anormal davranışa benzeyen şekillerde davranmaya teşvik ederler ve ardından gerçek hayattaki anormalliğe ışık tutmak umuduyla katılımcılar üzerinde deneyler yaparlar. Örneğin Bölüm 6'da göreceğiniz gibi araştırmacı Martin Seligman, klasik bir çalışmasında, laboratuvar katılımcılarında -hem hayvanlar hem de insanlar- onları tekrar tekrar üzerinde kontrol sahibi olmadıkları olumsuz olaylara (şoklar, yüksek sesler, görevde başarısızlık) maruz bırakarak depresyon benzeri semptomlar oluşmasına yol açmıştır. Bu "öğrenilmiş çaresizlik" analog araştırmalarında katılımcılar pes eder, inisiyatiflerini yitirir ve üzülüyor gibi görünürler -bu da bazı klinisyenlere insan depresyonunun gerçekten de kişinin hayatındaki olaylar üzerindeki kontrolünü kaybetmesinden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Bilim insanları, birçok katılımcı üzerinde deney yapma lüksüne sahip olmadıklarında genellikle **tek denekli deneysel desen** kullanırlar (Comer ve Bry, 2018; Lane ve diğerleri, 2017). Örneğin çok az katılımcı bulunacak kadar nadir bir hastalığı araştırıyor olabilirler. Bu tür desenlerde bağımsız bir değişkenin manipülasyonunun hem öncesinde hem de sonrasında yalnızca bir katılımcı gözlemlenir.

Örneğin bir araştırmacı, *ABAB* veya *tersine çevirme deseni* adı verilen bir tek denekli desen kullanarak ödülün sistematik kullanımının, bir çocuğun özel eğitim sınıfında yüksek sesle konuşarak sınıfın düzenini bozma alışkanlığını azaltıp azaltmayacağını belirlemeye çalışmıştır (Deitz, 1977). Araştırmacı zihinsel engelli bir çocuğu, 55 dakika boyunca dersi bölmezse öğretmeni ile beraber geçireceği ekstra zaman ile ödüllendirdi. Önce A koşulunda öğrenci herhangi bir ödül almadan gözlemlendi ve sonuçta sık sık yüksek sesle konuşarak sınıfın düzenini bozduğu tespit edildi. B koşulunda ise çocuğa öğretmeni ile beraber geçireceği zaman ödülü verildi (bağımsız değişkenin verilmesi), beklendiği gibi çocuğun yüksek sesle konuşarak dersi bölme davranışı önemli ölçüde azaldı. Daha sonra öğretmenden gelen ödüllere son verildi (tekrar A koşulu) ve öğrencinin yüksek sesli konuşmaları bir kez daha arttı. Görünüşe göre bağımsız değişken gerçekten de öğrencideki gelişimin nedeni


Yuri_Arcurs/Getty Images

**Hayat, boylamsal bir çalışmadır** Aynı kişinin hayatının farklı dönemlerinde çekilmiş fotoğraflar, boylamsal çalışmaların ardındaki mantığın altını çiziyor. Bu kişinin 5 yaşındaki gözleri, burnu ve genel gülümsemesi, 35 ve 55 yaşlarındaki benzer yüz özelliklerini öngördüğü gibi bir bireyin erken dönemdeki mizacı da sosyalliği veya diğer psikolojik özellikleri de bazen yetişkin özelliklerini öngörebilir. Bazı boylamsal çalışmalarda klinik araştırmacılar, psikolojik bozukluklar için özel risk altında görünen bazı çocukların gerçekten de bu tür bozuklukları yaşamlarının sonraki aşamalarında geliştirdiklerini bulmuşlardır.

olmuştu. Araştırmacı, bu sonuçtan daha da emin olmak için öğretmenden bir kez daha ödül seansları uygulamasını istedi (yine B koşulu) ve bir kez daha öğrencinin davranışında gelişim gözlendi.

Bir başka alternatif araştırma deseni de araştırmacıların aynı bireyleri uzun bir süre boyunca birçok durumda gözlemledikleri **boylamsal çalışmalardır** (Bryman, 2016). Bu tür çalışmaların bazılarında araştırmacılar, anneleri veya babalarında şizofreni olan normal çocukların yıllar içindeki gelişimini gözlemlemişlerdir (Hameed ve Lewis, 2016; Rasic ve diğerleri, 2014). Araştırmacılar diğer şeylerin yanı sıra en şiddetli şizofreni belirtilerine sahip ebeveynlerin çocuklarının özellikle psikolojik bir sorun geliştirme ve gelişimlerinin ileriki evrelerinde suç işleme olasılıklarının yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Diğer yarı deneysel deneylerin bazılarında olduğu gibi boylamsal çalışmalarda da araştırmacılar bağımsız değişkeni doğrudan manipüle edemez veya katılımcıları koşullara rastgele atayamaz ve bu yüzden nedenleri kesin olarak belirleyemezler. Bununla birlikte boylamsal çalışmalar olayların sırası hakkında bilgi verdiği için hangi olayların neden olma ve hangilerinin sonuç olma ihtimalinin daha yüksek olduğu konusunda ikna edici ipuçları sunar.

Son olarak araştırmacılar, belirli bir psikolojik bozukluk gibi sorunların belirli bir popülasyonda ne sıklıkla ortaya çıktığını ortaya koymak için **epidemiyolojik çalışmalar** yürütebilirler. Daha spesifik olarak sorunun sadece sıklığını ve yaygınlığını belirlerler (Jacobsen, 2016). *İnsidans* (oluş sıklığı), belirli bir süre boyunca bir popülasyonda ortaya çıkan yeni vakaların sayısıdır. *Prevalans* (yaygınlığı), belirli bir dönemde popülasyondaki toplam vaka sayısıdır, prevalans hem var olan hem de yeni vakaları içerir.

Son 45 yılda, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki klinik araştırmacılar, Epidemiyolojik Havza Alanı Çalışması (Cottler ve diğerleri, 2016; Ramsey ve diğerleri, 2013) adı verilen zihinsel rahatsızlıklarla ilgili şimdiye kadar yapılmış en büyük epidemiyolojik çalışmalardan birini yaptılar. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok psikolojik rahatsızlığın prevalansını ve kullanılan tedavi programlarını belirlemek için beş şehirde 20.000'den fazla kişiyle görüştüler. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki diğer iki büyük ölçekli epidemiyolojik çalışma olan National Comorbidity Survey ve National Comorbidity Survey Replication, yaklaşık 15.000 kişinin katılımı ile yapıldı (Kelly ve Mezuk, 2017; Kessler ve diğerleri, 2014, 2012). Bu geniş popülasyonlu çalışmalardan elde edilen bulgular, ruhsal rahatsızlıkların ve tedavi programlarının popülasyondan popülasyona veya ülkeden ülkeye nasıl değiştiğini görmek için Hispanik Amerikalılar ve Asyalı Amerikalılar gibi belirli popülasyonların epidemiyolojik çalışmalarıyla veya diğer ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarla karşılaştırılmıştır (Nobles ve diğerleri, 2016).

Bu tür epidemiyolojik karşılaştırmalar, araştırmacıların belirli bozukluklar için risk altındaki grupları belirlemelerine yardımcı olmaktadır. Örneğin kadınlar, erkeklerden daha yüksek oranda kaygı bozukluğu ve depresyona sahipken erkekler, kadınlardan daha yüksek alkolizm yaşama oranına sahiptir. Yaşlıların intihar oranı gençlere göre daha yüksektir. Hispanik Amerikalılar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki diğer ırksal ve etnik gruplardan daha fazla travma sonrası stres bozukluğu yaşamaktalardır ve Batılı ülkelerde olmayanlara göre daha yüksek yeme bozukluğu görülür.

**doğal deney** Bir deneyciden ziyade doğanın bağımsız değişkeni manipüle ettiği deney.

**analog deney** Araştırmacının laboratuvar ortamında katılımcılarda anormal davranışları geliştirdiği ve sonrasında bu katılımcılar üzerinde deneyini uyguladığı araştırma yöntemi.

**tek denekli deneysel desen** Bağımsız bir değişkenin manipülasyonundan önce ve sonra tek bir deneğin gözlemlendiği ve incelendiği araştırma yöntemi.

**boylamsal çalışma** Aynı katılımcıların uzun bir zaman boyunca pek çok durumda gözlemlendiği çalışma.

**epidemiyolojik çalışma** Belirli bir popülasyonda psikolojik bozukluk gibi bir sorunun özellikle görülme sıklığını ve yaygınlığını ölçen çalışma.

**Araştırma Etik Kurulu** Bir araştırma kurumundaki katılımcıların haklarını ve güvenliğini koruma yetkisine sahip etik kurul.

## Klinik Araştırmaların Sınırlılıkları Nelerdir?

Bu bölüme klinik bilim insanlarının psikolojik bozuklukları anlamalarına, tedavi etmelerine ve önlemelerine yardımcı olacak genel yasalar üzerinde çalıştıklarını belirterek başladık. Ancak gördüğümüz gibi koşullar araştırmacıların ilerlemesine engel olabilmektedir.

İncelediğimiz her araştırma yöntemi, insan davranışını incelemeyle ilgili bazı sorunları ele alır ancak hiçbir yaklaşım bunların hepsinin üstesinden gelemez. Bu nedenle her araştırma yöntemini, insanın anormal davranışına hep birlikte ışık tutabilecek bir yaklaşım ekibinin parçası olarak görmek en iyisidir. Bir bozukluğu araştırmak için birden fazla yöntem kullanıldığında tüm sonuçların aynı yönü işaret edip etmediğini sormak önemlidir. Eğer tüm sonuçlar aynı yönü gösteriyorsa bilim insanları muhtemelen bu bozukluğu anlama ve tedavi etme yönünde ilerleme kaydediyorlardır. Tam tersine, eğer farklı yöntemler çelişkili sonuçlar veriyor gibi görünüyorsa bilim insanları o alandaki bilginin hâlâ sınırlı olduğunu kabul etmelidir.

## Katılımcıları Koruma

İnsan katılımcılarının saygı duyulması gereken ihtiyaçları ve hakları vardır (bk. ***Akıl ve Teknoloji***). Aslında araştırmacıların birincil yükümlülüğü, çalışmalarındaki insan katılımcılara fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermekten kaçınmaktır.

Araştırmacıların büyük çoğunluğu bu yükümlülüğü yerine getirme konusunda dikkatlidir. Güvenli ve saygılı bir şekilde hipotezlerini test eden ve bilimsel bilgilerini ilerleten çalışmalar yapmaya çalışırlar (Leavy, 2017; Salkind, 2017). Ancak yıllar içinde bunun bazı önemli istisnaları olmuştur, özellikle yirminci yüzyılın ortalarında yapılan üç kötü şöhretli çalışma vardır. Kısmen bu tür istisnalar nedeniyle artık devlet ve araştırmanın yürütüldüğü kurumlar insan katılımcılarının güvenlik ve haklarının uygun şekilde korunmasını sağlamak için önlemler almaktadır.

Araştırmacılar dışında kim, insan katılımcıların haklarını ve güvenliğini doğrudan izleyebilir? Son yıllarda bu sorumluluk **Araştırma Etik Kurullarına (AEK)** verildi. Her araştırma yapılan kurumda, o kurumda yürütülen her çalışmayı çalışmaların ilk önerildiği andan başlayarak gözden geçiren ve izleyen beş veya daha fazla üyeden oluşan bir komite -AEK- vardır (Parker, 2016). Bu kurum bir üniversite, tıp fakültesi, psikiyatri veya tıp hastanesi, özel araştırma kurumu, ruh sağlığı merkezi veya benzeri olabilir. Eğer bu kurumlardan birinde araştırma yapılacaksa kurumun bir Araştırma Etik Kurulu olmalıdır ve Araştırma Etik Kurulu onay koşulu olarak önerilen bir çalışmada değişiklik yapılmasını talep etme sorumluluğuna ve gücüne sahip olmalıdır. Kabul edilebilir değişiklikler araştırmacı tarafından yapılmazsa Araştırma Etik Kurulu çalışmayı tamamen reddedebilir. Benzer şekilde eğer çalışma süresince katılımcıların güvenliği veya hakları tehlikeye girerse Araştırma Etik Kurulu müdahale etmelidir hatta gerekirse çalışmayı durdurabilir. Bu yetkiler, dünyanın dört bir yanındaki ülkeler tarafından Araştırma Etik Kurullarına (veya benzer etik kurullara) verilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde Araştırma Etik Kurulları, federal hükûmetin iki ajansı tarafından yetkilendirilmiştir -İnsan Araştırmalarını Koruma Dairesi ve Gıda ve İlaç Dairesi.

**Araştırmaya getirilen dış sınırlamalar, gerekli incelemelere engel olabilir ve dolayısıyla insanlar için potansiyel kazanımları sınırlayabilir mi?**

İnsan katılımcılarının haklarını ve güvenliğini korumanın karmaşık bir girişim olduğu görülmektedir. Bu nedenle Araştırma Etik Kurulları genellikle incelemelerinde bir tür risk-fayda analizi yapmak zorunda kalırlar. Örneğin çalışmanın topluma olan potansiyel faydaları ile dengeleniyorsa bu kurullar "kabul edilebilir" risk düzeyi düşüncesi ile katılımcılar için minimum veya hafif düzeyde riskler oluşturan bir çalışmayı onaylayabilirler. Genel olarak Araştırma Etik Kurulları her çalışmanın, katılımcılarına, aşağıdaki hakları vermesini sağlamaya çalışır:

- Katılımcılar çalışmaya gönüllü olarak katılır.
- Katılımcılar, çalışmaya katılmadan önce, çalışmanın neler içerdiği konusunda yeterince bilgilendirilir ("bilgilendirilmiş onam").

**Ulusal bir ayıp.** 1997 yılı Beyaz Saray'daki törende Başkan Bill Clinton, Araştırma Etik Kurulları kurulmadan önce gerçekleşen bir çalışma için 94 yaşındaki Herman Shaw'dan özür diledi. 1932'den 1972'ye kadar yürütülen Tuskegee Frengi Çalışması'ndaki hükûmet doktorları ve araştırmacıları, frenginin etkilerini görmek üzere bir grup Afrikalı Amerikalı erkeği tedavi etmemişti. Bu üzücü çalışmada 399 katılımcı hastalığa sahip oldukları konusunda bilgilendirilmedi hatta penisilinin frengi için etkili bir tedavi olduğu keşfedildikten sonra bile tedavi edilmedi.



Stephen Jaffe/AFP/Getty Images

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Sosyal Medyanın Kullanımı ve Kötüye Kullanımı



Son yıllarda, gittikçe daha fazla sayıda araştırmacı bilimsel çalışmalar için sosyal ağlara yöneliyor. Örneğin bir çalışma, sosyal medya verilerini kullanmanın gücünü ve potansiyelini göstermektedir (Kosinski ve diğerleri, 2016, 2013). Bu araştırmada 58.000 Facebook kullanıcısı, araştırmacıların "beğenilenler" listelerine erişim izni verdi ve daha sonra çevrimiçi kişilik testlerini doldurdu. Bu çalışma, katılımcının beğendikleri ile ilgili edinilen bilgilerin, diğer değişkenlerin yanı sıra kişilik özelliklerini, mutluluk düzeylerini, madde kullanımını ve zeka düzeyini bir miktar doğrulukla tahmin edebileceğini buldu.

Ne harika bir kaynak, değil mi? Ama hemen karar vermeyin. Yukarıdaki çalışma gerçekten de kullanıcılara katılmak isteyip istemediklerini sormuştu. Ancak sosyal medya kullanıcıları, sosyal medya hesaplarında yayımladıkları bilgilerin incelendiğini ve test edildiğini bilmiyor. Burada araştırmacılar, yayınlanan bilgilerin hâlihazırda kamuya açık olduğundan kullanıcıların verilerinin incelendiği konusunda bilgilendirilmelerine gerek olmadığını ileri sürüyorlar -bu ise çok büyük tartışmalara neden olan bir görüş.

Ekstra etik kaygıları gündeme getiren bir alan da sosyal medya kullanıcılarının araştırmacılar tarafından doğrudan ve gizli manipüle edildiği bir çalışmada (Kramer ve diğerleri, 2014) Facebook'taki haber akışlarının içeriğinin kullanıcılarının ruh hâlini etkileyip etkilemediği incelenmek istendi. Araştırmacılar kullanıcılar farkında olmadan bir hafta boyunca yaklaşık 350.000 kullanıcı tarafından görülen olumlu haber kaynağı gönderilerinin sayısını ve diğer 350.000 kullanıcının gördüğü olumsuz gönderi sayısını azalttı. Sonuç olarak kullanıcıların Facebook durum güncellemelerinde yayımladıkları ifadelerdeki olumsuz ve olumlu kelimelerin sayısı ölçüldüğünde aynı hafta boyunca önceki kullanıcıların ruh hâlleri sonraki kullanıcılarınkinden biraz (ama önemli ölçüde) daha olumsuz içerikte olduğu görüldü.

Bu çalışma hemen bir eleştiri trendini tetikledi (Golder vd., 2017; Flick, 2016). Endişelerden ilki, araştırmadaki kullanıcıların araştırmaya katıldıklarını bilmemesi ve katılımları için onay vermemesiydi. Bu görüşe sahip olan eleştirmenler, Facebook'un uzun ve küçük boyutlu kullanıcı sözleşmesine imza atmanın, bu veya benzeri sosyal medya çalışmaları için yeterli bir bilgilendirilmiş onay biçimi olduğu iddiasından etkilenmedi. Diğer bir



Dominic Lipinski/Press Association via AP Images

endişe de daha olumsuz ruh hâllerine neden olarak araştırmacıların bazı olumsuz haber akışı kullanmasıyla bu çalışmadaki kullanıcıların klinik depresyonlarını besliyor olabileceğiydi.

**İnternet ve sosyal medyayı kullanan çalışmalar için etik standartların diğer araştırma türlerine uygulananlardan farklı olması gerektiği tartışılabilir mi?**

Tüm sosyal medya çalışmaları için temel bir sorun, çoğu sosyal medya sitesinin, araştırmacıların açık bir izni olmadan kullanıcıları veya kullanıcı profillerini incelemesini gerçekten yasaklayan politikalara sahip olmamasıdır. Neyin kamusal neyin özel olduğuna dair teknoloji odaklı sorular tartışılırken muhtemelen en iyisi, posterlerin tüketiciliğin bu en kutsal kuralının yeni bir versiyonunu takip etmesidir: "dikkatli ol posteri."

- Katılımcılar çalışmaya katılımlarını istedikleri zaman sonlandırabilirler.
- Çalışmanın faydaları, maliyetlerinden / risklerinden ağır basar.
- Katılımcılar fiziksel ve psikolojik zararlardan korunur.
- Katılımcılar çalışma hakkındaki bilgilere erişebilir.
- Katılımcıların mahremiyeti, gizlilik veya anonimlik gibi ilkelerle korunur.

Ne yazık ki Araştırma Etik Kurulları iş başındayken bile bu hakları ihlal etme riski ortaya çıkabilir. Örneğin bilgilendirilmiş onam hakkını düşünün. Katılımcıların bir çalışmaya katıldıklarında neyle karşılaşacaklarını anlamalarına yardımcı olmak için Araştırma Etik Kurulları genellikle bireylerin bilmeleri gereken her şeyi açıklayan bir "bilgilendirilmiş onay formu" okumalarını ve imzalamalarını ister. Peki bu tür formlar ne kadar açıktır? Araştırmalar pek de açık olmadığını göstermektedir (Perrault ve Nazione, 2016; Mathew ve McGrath, 2002).

Bu tür formların çoğunun -Araştırma Etik Kurulları tarafından kabul edilen formların- çok uzun olduğu ve / veya üniversite mezunlarının anlayabileceği düzeyde yazıldığı; bu durumun da formları, katılımcıların büyük bir yüzdesi için anlaşılmaz hâle getirdiği ortaya çıkmıştır. Aslında tüm katılımcıların yarısından daha azı

imzaladıkları bilgilendirilmiş onay formlarını tam olarak anlayabilmektedir. Yine bazı araştırmalar, insan katılımcıların yalnızca yaklaşık yüzde 10'unun bilgilendirilmiş onam formlarını imzalamadan önce dikkatlice okuduğunu ve yalnızca yüzde 30'unun çalışmaların bilgilendirilmiş onam aşamasında araştırmacılara soru sorduğunu göstermektedir (CISCRP, 2013).

Kısacası, Araştırma Etik Kurulu sistemi de, denetlediği araştırma girişimleri gibi kusurludur. Bunun bir nedeni, etik ilkelerin her zaman basit yönergelere dönüştürülemeyen çözümü zor kavramlar olmasıdır. Diğer bir neden ise ister Araştırma Etik Kurulu üyeleri ister araştırmacılar tarafından alınanlar olsun, etik kararların bakış açısı, yorum, karar verme tarzı vb. farklılıklara tabi olmasıdır. Bu tür sorunlara rağmen çoğu gözlemci, Araştırma Etik Kurulların ortaya çıkmasının ve çalışmalarının yıllar içinde insan katılımcılarının haklarını ve güvenliğini iyileştirmeye yardımcı olduğu konusunda hemfikirdir.




Raveendran/AFP/Getty Images

**Bir noktaya değinmek.** Hayvan deneklerin hakları da dikkate alınmalı. Burada, vücudu maymun olarak boyanmış olan PETA (Hayvanlara Etik Muamele İçin İnsanlar Örgütü) örgütünden bir aktivist, Hindistan'daki bir tıp bilimi enstitüsündeki araştırmalarda hayvanların kullanılmasını protesto etmek için bir kafeste oturuyor.

## ...ÖZETLE...

**KLİNİK ARAŞTIRMACILAR NE YAPAR?** Araştırmacılar, anormal davranışın nomotetik ilkelerini ortaya çıkarmak için bilimsel yöntemi kullanır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemeye ve incelemeye çalışırlar ve öncelikle üç araştırma yöntemini kullanırlar: vaka çalışması, korelasyonel yöntem ve deneysel yöntem.

Vaka çalışması, bir kişinin yaşamının ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı bir açıklamasıdır. Korelasyonel araştırmalar, olayların veya özelliklerin birbirinden ne kadar farklılaştığını sistematik olarak gözlemlemek için kullanılır. Bu yöntem, araştırmacıların genel olarak popülasyondaki anormallik hakkında genel sonuçlar çıkarmalarına olanak tanır. Deneylerde araştırmacılar, beklenen etkilerin sonuçlanıp sonuçlanmayacağını görmek için şüpheli nedenleri manipüle ederler. Bu yöntem, araştırmacıların çeşitli koşulların veya olayların nedenlerini belirlemesini sağlar.

Klinik bilimciler, genellikle yarı deneysel desen veya karma desen olarak adlandırılan idealin altında alternatif araştırma desenlerine razı olmak zorundadır. Bunlar, eşleşmeli desen, doğal deney, analog deney, tek denekli deney, boylamsal çalışma ve epidemiyolojik çalışmayı içerir.

Her araştırma kurumunda, o kurumda yürütülen tüm çalışmalarda insan katılımcıların haklarını ve güvenliğini koruma güç ve sorumluluğuna sahip bir Araştırma Etik Kurulu vardır. Bu kurulun üyeleri, planlama aşamasında her bir çalışmayı gözden geçirir ve çalışmanın yürütülmesine onay vermeden önce önerilen çalışmada değişiklik yapılmasını isteyebilir. Araştırma Etik Kurullarının koruduğu önemli katılımcı hakları arasında bilgilendirilmiş onam hakkı, kabul edilebilir bir risk / fayda dengesi ve mahremiyet (gizlilik veya anonimlik) yer alır.

## Sona Doğru

Eski zamanlardan beri insanlar anormal davranışları açıklamaya, tedavi etmeye ve incelemeye çalıştılar. Geçmiş toplumların bu tür davranışlara verdiği tepkileri inceleyerek bugünkü kanılarımızın ve tedavilerimizin köklerini daha iyi anlayabiliriz. Ek olarak geriye doğru bakmak, ne kadar ilerlediğimizi anlamamıza yardımcı olur.

Aynı zamanda, bugün anormal psikoloji alanında birçok sorun olduğunu da kabul etmeliyiz. Alanda anormalliğin bir tanımı üzerinde bile henüz tam bir anlaşma yok. Şu anda anormal psikolojisi alanı, birbirlerinin iddiaları ve başarılarını genellikle umursamayan çatışmalı düşünce ve tedavi yaklaşımlarından oluşmaktadır. Klinik uygulama, farklı şekillerde eğitilmiş çeşitli uzmanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Mevcut araştırma yöntemlerinin her birinin, bilgimizi ve klinik bilgiyi kullanımımızı sınırlayan kusurları vardır.

Bu kitaptaki konular arasında gezinirken alanın mevcut güçlü ve zayıf yönlerini, kaydedilen ilerlemeyi ve önünüzdeki yolculuğu aklınızda bulundurun. Belki de bu alanın tarihine baktığımızda öğrenilecek en önemli ders, anormal davranış hakkındaki mevcut anlayışımızın önemli kazanımlar sağlasa da daha yapılacak çok araştırma ve çıkarımlara ihtiyaç duyan ve gelişmekte olan bir süreci temsil ettiğidir.

### #ÖzlüSözler

"Uzun süren korkunç akıl sağlığıyla çıldırdım."

Edgar Allen Poe

## Anahtar Terimler

anormal psikolojisi, s. 2
sapma, s. 3
normlar, s. 3
kültür, s. 3
sıkıntı, s. 3
işlev bozukluğu, s. 4
tehlike, s. 4
tedavi, s. 6
trefinasyon (kafatası delme), s. 7
salgılar, s. 8
akıl hastaneleri, s. 9
insani tedavi, s. 10
devlet hastaneleri, s. 11
somatojenik bakış, s. 11
psikojenik bakış, s. 11
psikanaliz, s. 13
psikotropik ilaçlar, s. 14
hastaneden taburcu etme, s. 14
özel psikoterapi, s. 15
önleme, s. 16
pozitif psikoloji, s. 16
çok kültürlü psikoloji, s. 16
düzenlenebilir bakım programları, s. 18
telezihinsel sağlık, s. 20
bilimsel yöntem, s. 21
hipotez, s. 21
vaka çalışması, s. 21
korelasyon, s. 22
korelasyonel yöntem, s. 22
deney, s. 25
bağımsız değişken, s. 25
bağımlı değişken, s. 25
karıştırıcı, s. 25
kontrol grubu, s. 25
deney grubu, s. 26
rastgele atama, s. 26
maskeli desen, s. 26
placebo tedavisi, s. 26
yarı deneysel desen, s. 27
eşleşmeli desen, s. 27
doğal deney, s. 28
analog deney, s. 28
tek denekli deneysel desen, s. 28
boylamsal çalışma, s. 29
epidemiyolojik çalışma, s. 29
prevalans, s. 29
Araştırma Etik Kurulu, s. 30
bilgilendirilmiş onam, s. 30

## Hızlı Kısa Sınav

1. Anormal davranışların ortak özellikleri nelerdir? *s. 2-4*
2. Anormal davranışa ilişkin demonolojik bakışı yansıtan geçmişte kullanılmış iki tedavi biçimini tanımlayın. *s. 7-9*
3. Hipokrat, Rönesans, on dokuzuncu yüzyıl ve yirminci yüzyıldan psikolojik anormalliğin somatojenik görüşüne örnekler verin. *s. 8-12*
4. Psikojenik görüşün gelişiminde hipnozun ve histerik bozuklukların rolünü açıklayın. *s. 12-13*
5. Sigmund Freud psikanalizin teori ve tekniğini nasıl geliştirmiştir? *s. 13*
6. Psikolojik anormalliğin anlaşılması ve tedavisinde 1950'lerden beri meydana gelen başlıca değişiklikleri açıklayın. *s. 14-20*
7. Vaka çalışmasının, korelasyonel yöntemin ve deneysel yöntemin avantajları ve dezavantajları nelerdir? *s. 21-30*
8. Araştırmacılar, karıştırıcıların etkisinden korunmak için deneylere hangi teknikleri dâhil eder? *s. 25-27*
9. Araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılan altı alternatif araştırma desenini açıklayın. *s. 27-29*
10. Araştırma Etik Kurulu nedir ve sorumlulukları ve hedefleri nelerdir? *s. 30-32*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğu'nu ziyaret edin.
Laun



BÖLÜM

2

# ...Anormallik Modelleri

*25 yaşında ve bekâr biri olan Philip Berman, daha önce büyük bir yayınevinde editör olarak çalışmıştı ancak şu anda işsizdi... Jilet bıçağı ile derin bir şekilde bileğini keserek bir intihar girişiminde bulunduktan sonra hastaneye yatırıldı. [Terapistine] Yardım istemek için o sırada işte olan babasını telefonla aramadan önce banyonun zemininde bir süre otururak bileğinden küvete süzülen kanları izlediğini anlattı. Babası ile birlikte bileğindeki yaraya dikiş attırmak için hastanenin acil servisine gitti, kendisini de oradaki doktoru da hastaneye yatırılmasını gerektirecek bir durum olmadığına ikna etmeyi başardı. Ertesi gün babası onu yardıma ihtiyacı olduğunu söyleyerek çağırdığında ta bağını yere boca etti ve öfkeli bir şekilde odasına gitti. Sakinleştiğinde babasının onu hastaneye geri götürmesine ses çıkarmadı..*

*İntihar girişiminin hemen öncesinde tesadüfen yolda eski kız arkadaşlarından birini yeni erkek arkadaşı ile birlikteyken görmüştü. Bay Berman, hep birlikte bir şeyler içmeye gittiklerini ancak bu süre zarfında aklına sürekli, yanından bir an evvel kaçıp sevişmek için can attıkları düşüncesinin geldiğini belirtti. Bir nevi kıskançlık krizi geçirmişti, aniden masadan kalkmış ve hemen restorandan ayrılmıştı. Ardından da eski kız arkadaşına bunu "nasıl ödeteceğini" düşünmeye başlamıştı.*

*Bay Berman son birkaç yıldır sıklıkla depresyona girdiği kısa periyotlar yaşıyordu. Kendisini, kısıtlı sosyal yaşamı ve özellikle hayatında bir kez bile bir kadınla cinsel ilişkiye girememesi nedeniyle eleştiriyordu. Bunu terapistine anlatırken gözlerini yerden kaldırdı ve alaycı bir gülümsemeyle "Ben, 25 yaşında ve hala bakireyim, inanabiliyor musunuz? Hadi, şimdi bana gülebilirsiniz." dedi. Bugüne kadar çok çekici bulduğu fakat ona olan ilgisini kaybettiklerini düşündüğü birkaç kız arkadaşı olmuştu. Ancak daha fazla konuştuğunda Bay Berman'ın ilişkilerinde bir süre sonra kız arkadaşlarını çok eleştirmeye başladığı, onlardan her isteğini gerçekleştirmelerini talep ettiği anlaşıldı. Hayatındaki kadınlar da bir süre sonra ilişkiyi çok da tatmin edici bulmuyor ve ayrılıp başka birini buluyorlardı.*

*Bay Berman son iki yıl içinde kısa sürelerle üç psikiyatrist ile görüşmüştü. Bu psikiyatristlerden biri ona adını hatırlayamadığı bir ilaç vermişti ancak bu ilaç bütün bir gece boyunca hastanede kalmasını gerektiren bir tür beklenmedik etkiye yol açmıştı. Yatırıldığı hastaneyi, "Orası tam bir çöplük gibiydi." diyerek tanımladı ve hastane personelinin onun söylediği hiçbir şeyi dinlemeyip ona karşılık vermediklerini hatta aslında oradaki tüm hastaları tedavi ederken "sadistçe" davrandıklarını söyledi. Onu yönlendiren hekim ise Bay Berman'ın kendisine özel davranılmasını talep eden zor bir hasta olduğunu ve hastanede kaldığı süre boyunca çoğu sağlık personeline kötü davrandığını söyledi. Bir yardımcı sağlık personeli ile aralarında çıkan bir tartışma sonrasında hastaneden [izin almadan] ayrılmış ve tedaviye uyumsuzluk göstermişti.*

*Bay Berman orta sınıf bir ailenin iki çocuğundan biridir. Babası 55 yaşında ve bir sigorta şirketinde yönetici pozisyonunda çalışmakta. Babasını zayıf, etkisiz biri olarak görürken annesini otoriter ve zalim olarak tanımlamakta ve evde hakimiyetini sürdürdüğünü belirtmektedir. Annesinden " kontrol edemediği bir biçimde ısrarla" nefret ettiğini, küçüklüğünde annesinin ona "sapık" gibi rencide edici isimler ile hitap ettiğini hatta bir keresinde annesiyle bir tartışma sırasında "bacaklarının arasına bir tekme attığını" söylemektedir. Genel olarak ebeveynlerini zengin, güçlü ve bencil olarak görmekte ve karşılığında ebeveynlerinin de onu tembel, sorumsuz ve davranış sorunları olan biri olarak gördüklerini düşünmektedir. Anne babası, oğullarının tedavi süreci hakkında bilgi almak için terapisti aradıklarında Philip'in sorununun o 10 yaşındayken küçük erkek kardeşi Arnold'un doğumuyla başladığını söyledi. Görünüşe göre Philip, kardeşi Arnold'un doğumundan sonra birden ağzı bozuk, disiplin altına alınması zor ve uyumsuz bir çocuğa dönüşmüştü. Philip bahsedilen bu dönemi belli belirsiz hatırlıyordu. Annesinin de bir zamanlar depresyon nedeniyle hastaneye yatırıldığını ancak artık "psikiyatriye inanmadığını" söyledi..*

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- **Biyolojik Model**
  - Biyolojik Yönelimli Kuramcılar Anormal Davranışı Nasıl Açıklamaktadır?
  - Biyolojik Tedaviler
  - Biyolojik Modelin Değerlendirilmesi
- **Psikodinamik Model**
  - Freud Normal ve Anormal İşlevleri Nasıl Açıkladı?
  - Diğer Psikodinamik Açıklamalar Freud'un Açıklamalarından Nasıl Farklılaşmaktadır?
  - Psikodinamik Terapiler
  - Psikodinamik Modelin Değerlendirilmesi
- **Bilişsel-Davranışçı Model**
  - Davranışsal Boyut
  - Bilişsel Boyut
  - Bilişsel-Davranışçı Karşılıklı Etkileşim
  - Bilişsel-Davranışçı Modelin Değerlendirilmesi
- **Hümanistik-Varoluşçu Model**
  - Rogers'ın Hümanistik Kuramı ve Terapisi
  - Gestalt Kuramı ve Terapisi
  - Manevi Bakış Açıları ve Müdahaleler
  - Varoluşçu Kuramlar ve Terapi
  - Hümanistik-Varoluşçu Modelin Değerlendirilmesi
- **Sosyokültürel Model: Aile-Sosyal ve Çok Kültürlü Bakış Açıları**
  - Aile-Sosyal Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar?
  - Aile-Sosyal Bakış Açısı Odaklı Tedaviler
  - Çok Kültürlü Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar?
  - Çok Kültürlü Tedaviler
  - Sosyokültürel Modelin Değerlendirilmesi
- **Modelleri Bütünleştirmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı**

*Bay Berman, üniversiteden ortalama notlarla mezun olmuştu. Mezuniyetinden bu yana üç farklı yayınevinde çalışmıştı ancak hiçbiri bir yıldan uzun sürmemişti. Her seferinde işten ayrılmak için birtakım gerekçeler buluyordu. İşini bıraktıktan sonra ailesi onu yeni bir iş bulması için teşvik edene kadar iki veya üç ay boyunca genellikle evinde oturup hemen hemen hiçbir şey yapmıyordu. Hayatı boyunca pek çok kez öğretmenlerinin, arkadaşlarının ve işverenlerinin onu hiç anlamadığından veya kendisine haksız yere davrandıklarından söz ediyordu... ve insanlarla sık sık ona ızdırap veren tartışmalar yaşadığını... ve zamanının çoğunu yalnız, "canı sıkkın" hâlde geçirdiğini anlattı. Duygusal olarak herhangi bir kişiye bağlanamamıştı, güçlü bir şekilde inandığı hemen hemen hiçbir şey yoktu ve hiçbir arkadaş grubuna da tam bir bağlılık hissetmemişti.*

*Berman; çok zayıf, bakımsız ve sakallı biri... Terapistiyle çok az göz teması kuran, kızgın ve öfkeli duruşu olan bir genç. Depresyondan şikayetçi olmasına rağmen depresyonun diğer belirtilerinin olmadığını söylüyor. Ebeveynlerine karşı bitmeyen bir öfke seli içinde ve sanki problemli biri olarak görünmek için ekstra çaba harcıyor gibi...*

*(Spitzer ve diğ., 1983, s. 59-61*

Philip Berman, çok net şekilde sorun yaşayan bir insan, peki ama nasıl bu hale geldi? Yaşadığı birçok sorunu nasıl açıklayabiliriz ve nasıl düzeltebiliriz? Bu sorulara cevap verebilmek için ilk olarak anlamaya çalıştığımız bu şikâyetlere daha yakından bakmalıyız: Philip'in depresyonu ve öfkesi, sosyal ilişkilerdeki başarısızlığı, işsizlik sorunu, etrafındaki herkese karşı güvensizliği ve ailesi ile yaşadığı problemler gibi. Ardından bu sorunlara yol açan her tür olası gerekçeyi gözden geçirmeliyiz -içsel ve dışsal, biyolojik ve kişilerarası, geçmiş ve şimdiye dair.

Aslında farkında olmasak da Philip'in sorunlarını okurken hepimiz bir kuramsal çerçeveden yani bakış açısından faydalanıyoruz. Bugüne kadar her birimiz, diğer insanların söylediği ve yaptığı şeyleri anlamamıza yardımcı olan bir bakış açısı geliştirdik. Bilimde olayları açıklamak için kullanılan bakış açıları **modeller** veya **paradigmalar** olarak bilinir. Her bir model bilim insanı için temel varsayımlar sunar, araştırma yapmak için bir düzlem sunar ve bu araştırma için yönergeler belirler (Kuhn, 1962). Bu modeller, araştırmacıların gözlemledikleri kadar sordukları soruları, aradıkları bilgileri ve bu bilgileri nasıl yorumladıklarını da etkiler. Bir klinisyenin Philip'inki gibi belirtileri nasıl açıkladığını veya nasıl tedavi ettiğini anlamak için anormal davranışlara ilişkin benimsediği modeli bilmemiz gerekir.

Nispeten yakın bir zamana kadar ruh sağlığı uzmanları tek bir anormallik modeli üzerinde uzlaşma eğilimindeydi -yani kültürel inançların büyük ölçüde belirleyici olduğu bir model. Örneğin Orta Çağ'da anormalliği açıklamak için kullanılan *demonolojik model*, büyük ölçüde o dönemki toplumun din, batıl inanç ve savaşlara ilişkin ilgisinden etkilenmiştir. Orta Çağ'da Philip Berman'ın intihar girişiminde ve sözü edilen depresyon, öfke, kıskançlık ve nefret gibi duygularında büyük olasılıkla şeytanın yol gösterici elini görürlerdi. Benzer şekilde onun için uygulayacakları tedavi de- dua etmekten kırbaçlamaya kadar değişen nitelikte, bedenindeki yabancı ve kötü ruhları kovmaya yönelik olurdu

Günümüzde artık anormal işleyişi açıklamak ve tedavi etmek için çok sayıda farklı açıklamalar ve modeller kullanılmaktadır. Bu çeşitlilik hem geçen yarım yüzyıldaki değerler ve inançlardaki değişimlerden hem de klinik araştırmalardaki gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Yelpazenin bir ucunda fiziksel süreçleri insan davranışının anahtarı olarak gören *biyolojik model* yer alır. Bu yelpazenin ortasında ise insan davranışının işleyişinin daha psikolojik ve kişisel yönlerine odaklanan üç model bulunur: *Psikodinamik model*, insanlardaki bilinçdışı içsel süreçleri ve çatışmaları inceler, *bilişsel-davranışçı model* davranışı önemserken bu davranışın nasıl öğrenildiği ve davranışın ardında yatan düşünceler üzerinde durur, *insancıl-varoluşsal model* ise değer yargılarının ve seçimlerin rolünü vurgular. Yelpazenin diğer ucunda da davranışların kilit anahtarı olarak sosyal ve kültürel faktörleri gören *sosyokültürel model* bulunur. Bu model, bireyin ailesi ile olan etkileşimleri ile sosyal ilişkilerine odaklanan *aile-sosyal bakış açısını* ve de bireyin kültürü ile o kültürdeki ortak inançları, değerleri ve tarihi vurgulayan *çok kültürlü bir bakış açısını* içerir. Farklı varsayımlar ve prensipler bir arada düşünüldüğünde bu modeller bazen birbiri ile çatışır. Yalnızca tek bir bakış açısını benimseyenler, sıklıkla diğerlerinin "naif" yorumları, araştırmaları ve tedavi çabaları ile alay eder.



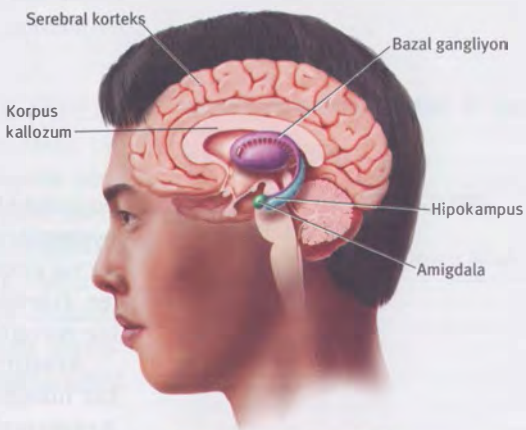
AP Photo/Bloomington Herald-Times, Jeremy Hogan

**Şaşırtıcı bir nesne** İnsan beyni, yalnızca sinirbilimcilerin değil, diğer herkesin de giderek daha fazla ilgisini çekmektedir. Bu resimde bir sekizinci sınıf öğrencisi, Indiana Üniversitesindeki psikoloji bölümünü ziyareti sırasında beyni çok dikkatli bir şekilde tutarak inceliyor.

Yine de modellerin hiçbiri kendi içinde tam değildir, her bir model temelde insan davranışının işleyişinin sadece bir yönüne odaklanmakta ve hiçbiri anormalliğin tüm yönlerini açıklayamamaktadır.

# Biyolojik Model

Philip Berman, temelde biyolojik bir varlıktır. Düşünceleri ve duyguları, beyni ve vücudundaki biyokimyasal ve biyoelektriksel süreçlerin bir sonucudur. Bu nedenle *biyolojik modelin* savunucuları Philip'in düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının tam olarak anlaşılması için bunların biyolojik temellerinin anlaşılması gerektiğine inanır. Öyleyse tam olarak beklendiği gibi Philip'in sorunları için en etkili tedavinin de biyolojik tedavi olacağını ileri sürerler.




ŞEKİL 2-1

## Serebrum

Bazı psikolojik bozukluklar, serebral korteks, korpus kallozum, bazal gangliyon, hipokampus ve amigdala gibi beyin yapılarını içeren serebrumdaki nöronların anormal işleyişinden kaynaklanabilmektedir.

## Biyolojik Yönelimli Kuramcılar Anormal Davranışı Nasıl Açıklamaktadır?

Tıbbi bir bakış açısı benimsemiş olan biyolojik yönelimli kuramcılar, anormal davranışı organizmanın işlevini tam olarak yerine getiremeyen bölümlerinin neden olduğu bir hastalık olarak görmektedir. Genellikle de bu tür davranışların nedeni olarak beyin anatomisi, beyin kimyası ve/veya beyindeki döngülerde bulunan sorunlara işaret etmektedirler.

**Beyin Anatomisi ve Anormal Davranış** Beyin, nöron adı verilen yaklaşık 86 milyar sinir hücresi ve *glia* (adını "tutkal" anlamına gelen Yunanca bir kelimeden alır) adı verilen milyarlarca destek hücresinden oluşur (Jernigan ve Stiles, 2017). Beyin içindeki büyük nöron grupları farklı bölgeler veya *beyin yapıları* oluşturur. Örneğin beynin en üst kısmına doğru korteks, korpus kallozum, bazal gangliyon, hipokampus ve amigdalayı içeren, toplu olarak serebrum olarak adlandırılan bir yapı kümesi yer alır (bk. Şekil 2-1). Bu beyin yapılarının her birinde bulunan nöronlar, önemli işlevleri kontrol etmeye yardımcı olur. Örneğin bazal gangliyon hareketin planlanmasında ve ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynar ve amigdalanın da duygusal bellek söz konusu olduğunda anahtar bir rolü vardır. Klinik alanda araştırmalar yürüten araştırmacılar bazen belirli psikolojik bozuklukları doğrudan beynin belirli yapılarındaki problemlerle ilişkilendirmişlerdir. *Huntington hastalığı* istemsiz vücut hareketleri, şiddetli duygusal patlamalar, hafıza kaybı, intihar düşüncesi ve mantık dışı inançlarla kendini gösteren bir hastalık olarak böylesi tür bir soruna örnek olabilir. Bu hastalık kısmen bazal gangliyon ve korteksteki hücre kaybı ile ilişkilendirilmiştir.

**Beyin Kimyası ve Anormal Davranış** Biyolojik modeller üzerinde çalışan araştırmacılar ayrıca psikolojik bozuklukların, mesajların bir nörondan bir diğer nörona aktarılmasındaki problemlerle ilişkili olabileceğini öğrenmişlerdir. Bilgi, bir nörondan bir veya daha fazla nörona giden elektriksel uyarımlar şeklinde beyin yoluyla iletilir. Bir uyarım ilk önce bir nöronun *dendritleri* yani nöronun bir ucunda bulunan anten benzeri uzantılar tarafından alınır. Oradan nöronun gövdesinden uzanan uzun bir lif olan nöronun *aksonuna* doğru ilerler. Son olarak aksonun sonunda biten sinir yoluyla diğer nöronların dendritlerine iletilir (bk. **Şekil 2-2**). Her nöronun birden fazla dendriti ve tek bir aksonu vardır. Ancak bu akson gerçekten çok uzun olabilir, genellikle beynin bir yapısından diğerine kadar uzanır.

Mesajlar bir nöronun sinir ucundan diğerinin dendritlerine nasıl ulaşır? Ne de olsa aslında nöronlar birbirine dokunmuyor. **Sinaps** adı verilen küçük bir alan, bir nöronu diğerinden ayırır ve bu durumda mesaj bir şekilde boşlukta hareket etmelidir. Bir elektriksel uyarım nöronun sonuna ulaştığında sinir ucu sinaptik boşluk boyunca komşu nöronların dendritleri üzerindeki **reseptörlere** giden ve **nörotransmitter** adı verilen bir kimyasal salgılamak için uyarılır. Alıcı nöronun reseptörüne

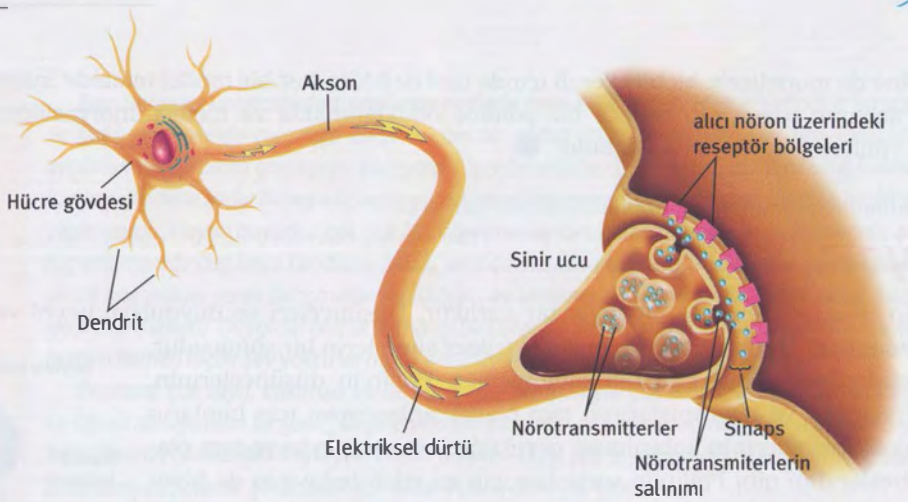
**model** Bilim insanlarının gözlemlerini açıklamasına ve yorumlamasına yardımcı olan bir dizi varsayım ve kavram. Paradigma olarak da adlandırılır.

**nöron** Sinir hücresi.

**sinaps** Bir nöronun sinir ucu ile diğerinin dendriti arasındaki küçük boşluk.

**nörotransmitter** Bir nöron tarafından salınan bir kimyasal, komşu nöronların dendritlerindeki reseptörlerden alınmak üzere sinaptik boşluğu geçer.

**reseptör** Bir nöronun üzerindeki nörotransmiter alan bölgesi.




**ŞEKİL 2-2**

**Bilgiyi İleten Bir Nöron**

Elektriksel bir dürtü biçimindeki mesaj, bu mesajı gönderen nöronun aksonundan sinir ucuna doğru ilerler, sinir ucunda nörotransmiterler salınır ve mesajı sinaptik boşluk boyunca alıcı nöronun dendritlerine taşır.

bağlandıktan sonra bazı nörotransmitterler, "ateşlenmeleri" yani kendi elektriksel uyarımlarını tetiklemeleri için nöronlara bir mesaj verir. Diğer bazı nörotransmitterler ise engelleyici bir mesaj taşır, alıcı nöronlara tüm ateşlemeyi durdurmalarını söyler. Gördüğünüz gibi nörotransmitterler beyindeki bilgilerin taşınmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırmacılar beyinde düzinelerce nörotransmitter olduğunu belirlemişler ve her nöronun yalnızca belirli türdeki nörotransmitterleri kullandığını öğrenmişlerdir. Araştırmalar, bazı nörotransmitterlerin anormal aktivitesinin bazı psikolojik sorunlarla ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin depresyon, kısmen *serotonin* ve *norepinefrin* nörotransmitterlerinin düşük aktivitesiyle ilişkilendirilmiştir. Belki de Philip Bermanın deneyimlediği depresyon ve öfke gibi belirti örüntülerinde düşük serotonin aktivitesi rol oynamaktadır.

Nöronlara ve nörotransmitterlere odaklanmanın yanı sıra araştırmacılar, psikolojik sorunların bazen vücudun *endokrin sistemindeki* anormal kimyasal aktiviteyle de ilişkili olduğunu öğrenmişlerdir. Vücudun her yerinde bulunan endokrin bezleri; büyüme, üreme, cinsel aktivite, kalp atış hızı, vücut ısısı ve strese verilen tepkiler gibi hayati aktiviteleri kontrol etmek için nöronlarla birlikte çalışır. Endokrin bezleri **hormon** adı verilen kimyasalları kan dolaşımına salar ve bu kimyasallar daha sonra vücut organlarını harekete geçirir. Örneğin stresli anlarda böbreklerin üstünde bulunan adrenal bezler, vücudun stresle başa çıkmasına yardımcı olmak için kortizol hormonu salgılar. Bu kimyasalın anormal salgıları kaygı ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir.

**Beyin Devreleri ve Anormal Davranış** Son on yılda araştırmacılar, psikolojik bozukluklarda tek bir beyin yapısındaki veya tek bir beyin kimyasalındaki işlev bozukluğunun rolünden ziyade beyin devrelerinin veya döngülerinin rolüne giderek daha fazla odaklanmışlardır. Beyin devresi, birlikte çalışan ve farklı bir davranışsal, bilişsel veya duygusal tepki üretmek için birbirini harekete geçiren belirli beyin yapılarının iletişim ağıdır. Belirli bir devrenin yapıları birlikte nasıl çalışır? Cevap, şimdiye kadar öğrendiklerinizden de tahmin edebileceğiniz gibi nöronlar aracılığıyladır. Bir yapıdaki nöronların uzun aksonları bir araya toplanır ve başka bir yapının nöronlarıyla iletişim kurmak için beyin boyunca uzanır ve yapılar arasında bir fiber yol oluşturur. Yukarıda okuduğunuz gibi belirli bir beyin döngüsünü oluşturan yapılar ve nörotransmitterler, ayrı ayrı önemlidir ancak araştırmalar, insanın işleyişini tam olarak anlamak için birbirine bağlı fiber yolları da dâhil olmak üzere tüm döngünün işleyişine bakmanın genellikle en çok bilgi sağlayan yöntem olduğunu göstermektedir. Bir devrenin yapıları arasındaki uygun *ara bağlantısallık* (iletişim) sağlıklı psikolojik işlevlerle sonuçlanma eğilimindeyken, hatalı ara bağlantı anormal işleve yol açabilir.

Beynin en önemli döngülerinden biri "korku devresi"dir. Daha sonra Bölüm 4'te de göreceğiniz gibi bu devre birbirini harekete geçiren ve günlük korku tepkilerimizin üretilmesini sağlayan birbirine bağlı lif yollarına sahip (amigdala ve prefrontal korteks de dahil) bir dizi özel yapıdan oluşur. Araştırmalar, kaygı bozukluğu tanılı bireylerde bu döngünün uygunsuz şekilde çalıştığını (yani hatalı bir ara bağlantı sergilediğini)

**hormonlar** Endokrin bezleri tarafından kan dolaşımına salınan kimyasallar.

**beyin devresi** Farklı türde davranışsal, bilişsel veya duygusal tepki üretmek için birbirini harekete geçiren, birlikte çalışan belirli beyin yapıları ağı.

**genler** Kalıtım yoluyla edindiğimiz nitelikleri ve özellikleri kontrol eden kromozom parçaları.

göstermektedir (Williams, 2017). Belki de Philip Berman'ın korku devresindeki bir işlevsellik sorunu, işlerin kötüye gideceğine ve diğer insanların onun hakkında olumsuz düşünce ve tutumlara sahip olacağına dair depresyonunu ve öfkesini sürekli tetiklemeye devam eden, tekrarlayan endişelerine katkıda bulunuyordur.

**Biyolojik Anormalliklerin Kaynakları** Neden bazı insanların beyin yapıları, nörotransmitterleri veya beyin döngüleri normalden farklı çalışıyor olabilir? Bu ders kitabı boyunca göreceğiniz gibi, doğum öncesinde gelişen durumlar, beyin yaralanmaları, viral enfeksiyonlar, çevresel deneyimler ve strese kadar çok çeşitli faktörün rolü olabilir. Biyolojik modelde özellikle dikkat çeken iki faktör genetik ve evrimdir.

**GENETİK VE ANORMAL DAVRANIŞ** İnsan beynindeki ve vücudundaki her hücre, kişinin ebeveynlerinden birinden kalıtım yoluyla edindiği, her bir kromozom bir çift hâlinde olmak üzere 23 çift kromozom içerir. Her kromozomda çok sayıda genkişinin kalıtım yoluyla edindiği nitelikleri ve özellikleri kontrol eden parçalar bulunur. Toplamda her hücre yaklaşık 20.000 gen içerir (Dunham, 2018). Bilim insanları genlerin saç rengi, boy ve görme gibi fiziksel özelliklerin belirlenmesine yardımcı olduğunu yıllardır biliyor. Genler insanları kalp hastalığına, kansere veya diyabete ve belki de sanatsal veya müzikal becerilere sahip olmaya daha yatkın hâle getirebilir. Araştırmalar, kalıtımın belirli zihinsel bozukluklarda da rol oynayabileceğini göstermektedir.

Çoğu durumda hem işlevsel hem de işlevsel olmayan davranışlarımızı ve tepkilerimizi üretmeye yardımcı olmak için birkaç veya daha fazla gen birleşir. Bilim insanlarının moleküler biyoloji araçlarını insan vücudundaki tüm genleri *haritalamak* veya *sıralamak* için kullandıkları bir girişim olan *İnsan Genom Projesi*'nin 2000 yılında tamamlanması sayesinde çeşitli genlerin veya gen kombinasyonlarının zihinsel bozukluklara olan kesin katkısı son yıllarda daha da netlik kazanmıştır.

**EVRİM VE ANORMAL DAVRANIŞ** Zihinsel/ruhsal bozukluklara katkıda bulunan genler genellikle şanssız durumlar -âdeta kalıtım hataları- olarak görülür. Bu durumdan sorumlu olan gen, bir *mutasyon* yani yanlışlıkla ortaya çıkan uygun bir genin anormal bir formu olabilir ya da sorunlu gen, bir mutasyon olarak ilk başlarda aile soyuna girdikten sonra bir birey tarafından kalıtım yoluyla edinilebilir. Ancak bazı kuramcılara göre anormal işleyişe katkıda bulunan genlerin çoğu, aslında normal *evrim ilkelerinin* bir sonucudur (Ram, Liberman ve Feldman, 2018; Fâbrega, 2020).



Etienne Oliveau/Getty Images

**Tesadüften daha fazlası mı?** Burada gösterildiği üzere 2016 yılında düzenlenen Çin açık tenis turnuvasında yarı finalde oynanan bir tenis maçında topa karşılık veren tek yumurta ikizleri Mike ve Bob Bryan bu alanda uzun ve parlak bir kariyere sahiptir. Çiftler kategorisinde dünyanın en iyi oyuncuları arasında yer alan ikizler, Amerika Birleşik Devletleri'ni temsilen birden fazla Olimpiyat madalyası kazanmıştır. İkizlerle ilgili araştırmalar, davranış ve kişiliğin bazı yönlerinin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Mike ve Bob Bryan gibi pek çok tek yumurta ikizi benzer zevklere sahiptir, benzer şekilde davranır ve yaşamda benzer seçimler yapar. Hatta bazıları benzer anormal davranışlar geliştirir.

#

## #ÖzlüSözler

"Yardım edin! Kalıtım ve çevrem tarafından esir alındım."

Dennis Allen

**psikotropik ilaçlar** Temel olarak beyni etkileyen ve ruhsal rahatsızlıkalrın pek çok belirtisini azaltan ilaçlar.

**beyin uyarımı** Psikolojik iyileşme sağlamak için beyni doğrudan veya dolaylı olarak uyaran müdahaleler.

**elektrokonvülsif terapi (EKT)** Hastanın alnına bağlı elektrotlardan elektrik akımı geçtiğinde beyinde bir nöbetin tetiklendiği biyolojik bir tedavi.

Genel olarak evrim kuramcıları, insan tepkilerinin ve bu tepkilerden sorumlu olan genlerin, bireylerin gelişmesine ve uyum sağlamasına yardımcı oldukları için zaman içinde hayatta kaldığını savunmaktadır. Örneğin düşmanlarından kaçmayı en çok başarabilen ve üreyebilen atalarımız, hızlı koşma kabiliyetine veya saklanma ustalığına sahip olanlar olmuştur. Böylelikle etkili yürüme, koşma veya problem çözmeden sorumlu genlerin özellikle nesilden nesile günümüze kadar aktarılması mümkün olabilmiştir.

Benzer şekilde, evrim kuramcılarının korkuyu deneyimleme kapasitesinin var olduğuna dair söylemleri hala birçok durum için de uyarlanabilir. Korku duygusu atalarımızı tehlikelere, tehditlere ve kayıplara karşı uyardı; böylece insanlar, potansiyel sorunlardan uzak durabildi veya kaçabildi. Tehlikeye karşı özellikle hassas olan insanlar -daha büyük korku tepkileri olanlar- felaketler, savaşlar ve benzerlerinden sağ çıkabildi, üreyebildi ve korku genlerini aktarabildi. Elbette günümüz dünyasında baskılar geçmişte olduğundan daha fazla sayıda ve genellikle daha karmaşıktır ve bu tür genlere sahip birçok kişiyi neredeyse sonsuz korku ve uyarılma akışına mahkûm eder. Yani atalarının hayatta kalmasına ve çoğalmasına yardımcı olan genler, şimdi bu bireyleri özellikle korku tepkilerine, kaygı bozukluklarına veya ilgili psikolojik sorunlara yatkın hâle getirebilir.

Evrimsel bakış açısı klinik alanda tartışmalıdır ve birçok kuramcı tarafından reddedilmiştir. Bilim insanları, kesin olmayan ve bazen araştırmanın imkânsız olduğu bu tür açıklamaları genellikle kabul edilemez bulurlar.

## Biyolojik Tedaviler

Biyolojik temele dayalı tedavi uygulayıcıları, anormal şekilde davranan insanları tedavi ederken belirli türde ipuçları ararlar. Kişinin aile öyküsünde bu davranış var mı ve dolayısıyla kişinin buna olası bir genetik yatkınlığı mı var? (Philip Berman'ın vaka öyküsünde annesinin bir zamanlar depresyonu nedeniyle hastaneye yatırıldığından bahsedilmektedir.) Bu davranışa fizyolojik etkisi olabilecek olaylar mı neden oldu? (Philip kıskançlık krizi yaşadığında restoranda içki içiyordu.) Klinisyenler fiziksel işlev bozukluğunun kaynaklarını belirledikten sonra uygun olan biyolojik tedavi yöntemini daha iyi seçmektedir. Günümüzde kullanılan başlıca üç biyolojik tedavi türü ilaç tedavisi, beyin uyarımı ve psikocerrahidir.

1950'lerde araştırmacılar birçok etkili **psikotropik ilacı**, diğer deyişle temel olarak duyguları ve düşünce süreçlerini etkileyen ilaçları keşfetmiştir. Bu ilaçlar, bir dizi zihinsel/ruhsal bozukluğun görünümünü büyük ölçüde değiştirmiştir ve bu bugün tek başına veya diğer tedavi yöntemleri ile birlikte yaygın olarak kullanılmaktadır (bk. ***Trendler***). Bununla birlikte psikotropik devrimi bazı büyük problemlere de yol açmıştır. Örneğin birçok insan bu ilaçların aşırı düzeyde kullanıldığına inanmaktadır. Dahası, bu ilaçlar çoğu durumda etkili olsa da herkese yardımcı olmamaktadır.

Tedavide dört ana psikotropik ilaç kullanılmaktadır. *Minör sakinleştiriciler* veya *anksiyolitikler* olarak da adlandırılan *antianksiyete/kaygı ilaçları*, gerginliği ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olur. Antidepresan ilaçlar, depresyon ve diğer bazı bozuklukları olan kişilerin işlevselliğini artırma işlevi gösterir. *Duygudurum düzenleyiciler* olarak da adlandırılan *antibipolar ilaçlar*, maniden depresyona kadar uzanan duygudurum dalgalanmaları ile belirgin olan bipolar bozukluğa sahip kişilere duygudurumun düzenlenmesinde yardımcı olur. *Antipsikotik ilaçlar*, sıklıkla *psikoza* eşlik eden kafa karışıklığını, halüsinasyonları ve sanrıları, şizofrenide ve diğer bozukluklarda görülen gerçeklikle bağlantı sorunlarını azaltmaya yardımcı olur.

**Psikotropik ilaçların bu popülerliği, toplumumuzdaki başa çıkma stilleri ve problem çözme becerileri hakkında ne söylemektedir?**

Psikotropik ilaçlar, tüm ilaçlar gibi ancak sistematik araştırma ve gözden geçirme gibi çalışmalardan sonra piyasaya çıkar. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir ilaç firmasının yeni tanımlanan bir ilacı piyasaya sürmesi ortalama 12 yıl sürmekte ve yüz milyonlarca dolara mal olmaktadır. Yeni bir ilacın geliştirilmesi sürecinde etkinliğini, güvenliğini, dozunu ve yan etkilerini belirlemek için ilaç önce hayvanlar üzerinde, sonra da insanlar üzerinde yapılan çalışmalar ile Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanana kadar yoğun bir şekilde test edilir. Yeni

...TRENDLER

## TV'deki İlaç Reklamları Mercek Altında

"Hekiminize Abilify adlı ilacı sorun." "Artık acı çekmeye gerek yok." Televizyon izleyen veya internete göz atan herkes bu tür reklam sloganlarına aşinadır. Bu tür ifadeler, ilaç şirketlerinin tüketicilere doğrudan hitap ettiği ve onları hekimlerinden bazı ilaçları yazmalarını talep etmeye ikna eden doğrudan tüketiciye yönelik (*DTY*) ilaç reklamlarının merkezinde yer alır. Dünya genelinde gelişmiş ülkelerden yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Yeni Zelanda'da bu tür reklamlara izin verilmektedir. Amerikalı yetişkinlerin yaklaşık yüzde 80'i bu reklamları görmekte ve bu kişilerin de en az yüzde 30'u reklamını gördükleri bazı ilaçlar hakkında hekimlerine soru sormaktadır (ProCon, 2016; Hausman, 2008). Günümüzde önde gelen doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarının yarısı, antibipolar ve antipsikotik ilaçlar gibi psikotropik ilaç reklamlarıdır (Brown, 2017; Bulik, 2017).

Doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) bu tür reklamlara yönelik kısıtlamaları gevşettiği ve reklamlarda tüketicilere ilaç hakkında bir hekimle konuşması gibi önerilerin yer alması, ilacın önemli risklerine yer verilmesi ve konu hakkında daha fazla bilgiye ulaşmayı sağlayacak bir Web sitesi veya telefon numarasının paylaşılması gibi kurallar getirdiği 1997 yılından beri televizyonda daha fazla yayınlanmaya başlamıştır (Chesnes ve Jin, 2016; FDA, 2016, 2015). Bu tür reklamlar son yirmi yılda nispeten daha az eleştiri almaktadır ancak günümüzde bu hoşgörü iklimi de değişmektedir. Bir dizi tüketici grubu hatta Amerikan Tabipler Birliği genellikle ekonomik zorluklara, hastaların yanlış bilgilendirilmesine ve kendileri için en uygun olan tedaviden mahrum kalmalarına neden olduğunu söyleyerek bu tür reklamların yasaklanması çağrısında bulunmaktadır (Kuzucan, Doshi ve Zito, 2017; AMA, 2015).

İlk olarak ekonomik kaygılar. İlaç şirketleri Amerikan televizyonlarında ve internette reklamlarını yayımlatmak için



yılda toplam 5,2 milyar dolar harcamakta ve harcanan bu rakam gün geçtikçe daha da artmaktadır (Lazarus, 2017; Campbell, 2016). Bu durum, reçeteli ilaç maliyetlerinin ve sigorta primlerinin zaten her yıl yaklaşık yüzde 5 gibi bir oranla hızla arttığı bir zamanda, ilaç fiyatlarının daha da yükselmesine yol açmaktadır. Dahası daha eski, yeni ilaçlarla eş değer ve daha ucuz ilaçlar tedavi için daha uygun olsalar bile doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarında genelde daha yeni ve daha pahalı ilaçların tanıtımının yapılması, bu tür ilaçlara olan talebi artırmaktadır (Campbell, 2016; AMA, 2015).

Doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamları hastanın farkındalığını ve klinik tedaviyi de olumsuz yönde etkileyebilir (Aikin ve diğ., 2017). Konu hakkında hekimlerin görüşlerinin sorulduğu bir araştırmaya göre hekimlerin dörtte üçü reklamların çoğunda ilacın faydalarının ciddi ölçüde abartıldığına ve ilacın önemli olumsuz etkilerine dair bilgilere yer verilmediğine inanmaktadır (ProCon, 2016). Benzer şekilde hekimlerin yüzde 80'i doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarının hastaların ilacın faydalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olduğuna inanmakta fakat bu hekimlerin yalnızca yüzde 40'ı hastaların ilacın olası risklerini çok daha sonra fark ettiklerine inanmaktadır (Kiernicki ve Helme, 2017; FDA, 2016, 2015). Pek çok hastanın, reklamı yapılan ilaçları almazlarsa zihinsel veya fiziksel sağlıklarının tehlikeye gireceğine inanması hiç de şaşırtıcı değildir (Campbell, 2016).

Bu sorunlara rağmen hekimler, ilaçların hastalar için uygun olmadığı durumlarda bile genellikle doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarında tanıtılan ilaçları reçete etme konusunda baskı hissetmektedir (Brown, 2017; FDA, 2015). Bu tür ilaçların reçete edilmesine yönelik hasta taleplerinin yarısından fazlası hekimler tarafından karşılanmaktadır. Görünüşe göre bu durum psikotropik ilaçların ve diğer ilaçların aşırı kullanımına katkıda bulunmuştur.

Öyleyse neden doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarının sayısı artmaya devam ediyor? Bunun bir nedeni, bu tür reklamların bazı destekçilerinin olmasıdır. Örneğin FDA reklamların gerçekten de bir kamu hizmeti sunabileceğine ve tüketicileri -mükemmel olmasa da- piyasadaki ilaçlar hakkında doğrudan eğiterek koruyabileceğine inanmaktadır (FDA, 2016, 2015). Ayrıca hekimlerin birçoğu, doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarının hastaların aldıkları fiziksel sağlık ve ruh sağlığı hizmetine daha fazla dâhil olmalarını sağladığına inanmakta ve bu reklamların bir sonucu olarak artık tedavi seçenekleri hakkında hastalarıyla daha iyi bir görüş alışverişinde bulunduklarını bildirmektedir. Son olarak doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamlarının ilaç şirketlerinin kâr elde etmesine katkı sağladığı da gözden kaçırılmamalıdır. Doğrudan tüketiciye yönelik reklamı yapılan yeni ilaçlar için yazılan ortalama reçete sayısı, reklamı olmayan yeni ilaçlar için yazılan reçete sayısından dokuz kat daha fazladır (ProCon, 2016).

keşfedilen ilaçların yalnızca yüzde 3'ü hayvanlar üzerinde test edilmekte, hayvanlar üzerinde test edilen bu ilaçların da yalnızca yüzde 2'si insanlar üzerinde test edilmektedir. Son aşamada ise insanlar üzerinde test edilen bu ilaçların yalnızca yüzde 21'i onaylanmaktadır (FDA, 2018, 2016, 2014).

Biyolojik tedavi türlerinden ikincisi olan **beyin uyarımı** adından da anlaşılacağı gibi beynin belirli alanlarını doğrudan veya dolaylı olarak uyaran müdahaleleri ifade eder. İlk kez şiddetli depresif belirtiler gösteren kişilerde uygulanmış, en eski (ve en tartışmalı) yaklaşım olan **elektrokonvülsif terapi (EKT)**, bu tür bir biyolojik tedaviye örnektir. Bu tedavide hastanın alnına iki adet elektrot takılır ve beyinden kısa bir süreliğine 65 ila 140 voltluk bir elektrik akımı geçirilir. Bu elektrik akımı, beyinde birkaç dakika kadar süren bir nöbete neden

## #FDAOnayı

| | |
|---|---|
| 1954 | Thorazine (antipsikotik ilaç) |
| 1955 | Ritalin (DEHB Tedavisinde Kullanılan İlaç) |
| 1958 | Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri (antidepresan ilaçlar) |
| 1960 | Librium (antianksiyete ilaç) |
| 1961 | Elavil (antidepresan ilaç) |
| 1963 | Valium (antianksiyete ilaç) |
| 1970 | Lityum (duygudurum düzenleyici/antibipolar ilaç) |
| 1987 | Prozac (antidepresan ilaç) |
| 1998 | Viagra (sertleşme bozukluğu tedavisi için kullanılan ilaç) |

## #ÖzlüSözler

"Ruhsal rahatsızlık, herhangi bir ölümlünün icat edebileceği herhangi bir ilaçtan çok daha karmaşıktır."
Elizabeth Wurtzel, *Prozac Topluluğu*

olur. İki veya üç gün arayla uygulanan yedi ila dokuz EKT seansından sonra birçok hasta büyük ölçüde daha az depresif hissettiğini bildirmektedir. Bu tedavi her yıl özellikle de diğer tedavi türlerinden fayda sağlayamamış depresyonu olan on binlerce kişiye uygulanmaktadır (Hermida ve diğ., 2018).

Bölüm 6'da da göreceğiniz gibi diğer bazı beyin uyarım teknikleri, özellikle depresyon tedavisinde son on yıllık süreçte giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Bu tekniklerinden biri olan *transkraniyal manyetik uyarımda (TMU)* bir elektromanyetik bobinin, kişinin kafasına veya kafasının üstüne yerleştirilmesiyle beynin belirli bölgelerine bir akım gönderilir. Bir diğer beyin uyarım tekniği, *vagus sinir uyarımında (VSU)*, kişinin boynuna bir uyarı jeneratörü yerleştirilerek, beyinden aşağıya doğru boyundan geçerek karın bölgesine kadar uzanan uzun bir sinir olan vagus sinirinin uyarılması sağlanır. Bu şekilde uyarılması sağlanan vagus siniri daha sonra beyne elektriksel sinyaller gönderir. *Derin beyin uyarımı* adı verilen üçüncü bir teknikte ise elektrotlar kişinin beyninin belirli bölgelerine yerleştirilir ve göğsündeki bir pile ("kalp pili") bağlanır. Kalp pili, hedeflenen beyin bölgelerine sabit bir şekilde düşük voltajlı elektrik akımı göndererek elektrotlara güç vermeye devam eder. EKT'de olduğu gibi, araştırmalar, bu yeni beyin uyarım tekniklerinin de depresyonu veya depresyonla ilişkili bir bozukluğu olan ve diğer tedavi türlerinden fayda sağlayamamış birçok kişinin psikolojik işlevselliğini artırabileceğini göstermektedir (Bari ve diğ., 2018; Luber ve diğ., 2017).

Biyolojik tedavi türlerinden üçüncüsü, zihinsel/ruhsal bozukluklar için bir beyin cerrahisi yöntemi olan **psikocerrahidir.** Bu yöntem, tarih öncesi dönemde tuhaf davranan bir kişinin kafatasında bir delik açılarak uygulanan trepan kadar eski bir yöntemdir. Psikocerrahinin çağdaş yöntemleri, 1930'ların sonlarında Portekizli nöropsikiyatrist Antônio Egas Moniz tarafından geliştirilen kötü şöhretli bir teknikten temel almıştır. *Lobotomi* olarak bilinen bu yöntemde bir cerrah beynin frontal lobları ile beynin alt bölgeleri arasındaki bağlantıları kesmekteydi. Bugünün psikocerrahi yöntemleri ise geçmişteki lobotomilerden çok daha titiz bir şekilde gerçekleştirilmektedir (Bari ve diğ., 2018). Yine de bu yöntemler genel olarak başka herhangi bir tedavi yönteminin etkili olmadığı, yıllarca devam eden ve şiddetli bir seyir gösteren bozukluklar söz konusu olduğunda tercih edilmektedir. Yukarıda bahsedilen beyin uyarım tekniklerinden derin beyin uyarımının, belirli bir beyin bölgesine elektrotları yerleştirmek için kişinin kafatasına küçük kesikler açmayı gerektirmesi nedeniyle aynı zamanda bir psikocerrahi yöntemi olduğunu da belirtmekte fayda vardır.

## Biyolojik Modelin Değerlendirilmesi

Biyolojik model günümüzde büyük bir saygı görmektedir. Biyolojik araştırmalar sürekli olarak yeni ve değerli bilgiler sunmakta ve biyolojik tedaviler de genellikle diğer yaklaşımlar başarısız olduğunda büyük bir destek sağlamaktadır. Bununla birlikte bu modelin kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Biyolojik modelin bazı savunucularının, tüm insan davranışlarının biyolojik terimlerle açıklanabileceği ve biyolojik yöntemlerle tedavi edilebileceği yönünde bir görüşe sahip olduğu görülmektedir. Bu görüş, anormal işleyişi anlamayı sağlayabilecek bilgileri artırmak yerine sınırlandırabilir. Zihinsel yaşamımız biyolojik ve biyolojik olmayan faktörlerin bir etkileşimidir ve yalnızca biyolojik değişkenlere odaklanmaktan ziyade bu etkileşimi anlamak önemlidir.

Biyolojik modelin bir diğer kısıtlılığı, günümüzün biyolojik tedavilerinin birçoğunun istenmeyen önemli etkilere yol açabilmesidir. Örneğin bazı antipsikotik ilaçlar şiddetli titreme, yüz ve vücutta tuhaf görünümlü kasılmalar ve aşırı huzursuzluk gibi hareket problemlerine neden olabilir. İlaç tedavisinin belirli faydalarına karşın neden olduğu bu tür problemlerin de ele alınması ve değerlendirilmesi önemlidir.

## ...ÖZETLE

**BİYOLOJİK MODEL** Biyolojik yönelimli kuramcılar, anormal davranışı açıklamak için özellikle problemli beyin yapıları, kimyasalları ve döngüleri gibi biyolojik faktörleri inceler. Bu tür anormallikler bazen kalıtım yoluyla aktarılan genetik mirasın veya doğal olarak evrimin bir sonucudur. Biyolojik temele dayalı tedavi uygulayıcıları, insanların psikolojik problemlerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için kimyasal ve fiziksel yöntemler kullanır. Kullanılan başlıca yöntemler ilaç tedavisi, beyin uyarımı ve psikocerrahidir.

# Psikodinamik Model


AP Photo

**Freud, kendisine yakından bakıyor** Psikanalitik kuram ve terapinin kurucusu Sigmund Freud, 1931'de Viyana yakınlarında bulunan Potzlein'deki köy evinde kendi büst heykelini dikkatle inceliyor. Freud ve büstü göz gözeyken birbirleri hakkında ne gibi sonuçlar çıkardıkları, bugün ancak hayal edilebilir.

Psikodinamik model, çağdaş psikoloji modellerinin en eskisi ve en ünlüsüdür. Psikodinamik kuramcılar, bir kişinin normal veya anormal davranışlarının büyük ölçüde bilinçli olarak farkında olmadığı altta yatan psikolojik etkenler tarafından belirlendiğine inanırlar. Bu içsel etkenler *dinamik* olarak değerlendirilir -yani birbirleriyle etkileşim halindedir- ve bu etkileşimler davranış, düşünce ve duyguları ortaya çıkarır. Anormal belirtiler, bu içsel etkenler arasındaki çatışmaların bir sonucu olarak görülür.

Örneğin psikodinamik kuramcılar Philip Berman'ı içsel çatışmalar yaşayan biri olarak görürlerdi. Öncelikle Philip Berman'ın geçmiş deneyimlerini incelemek isterlerdi çünkü psikodinamik kuramcıların bakış açısına göre psikolojik çatışmalar erken çocukluk dönemindeki ilişkilere ve travmatik deneyimlere bağlıdır. Psikodinamik kuramlar, hiçbir belirti veya davranışın "rastlantısal" olmadığını ifade eden *deterministik* varsayıma dayanır: tüm davranışlar geçmiş deneyimler tarafından belirlenir. Bu nedenle Philip'in annesine duyduğu nefret, annesinin ona karşı zalimce davrandığına ve zorbalık yaptığına dair anıları, babasının belirgin zayıflığı ve Philip 10 yaşındayken küçük erkek kardeşinin doğumu gibi etkenlerin tümü onun şimdiki sorunlarının anlaşılması açısından önemli olabilir.

Psikodinamik model ilk olarak yirminci yüzyılın başında Viyanalı nörolog Sigmund Freud (1856-1939) tarafından geliştirilmiştir. Hipnoz üzerine yaptığı çalışmalardan sonra hem normal hem de anormal psikolojik işlevleri ve buna karşılık gelen tedavi yöntemini belirlemek için Freud'un geliştirdiği bu tartışmalı yaklaşım *psikanaliz* olarak da adlandırılır. 1900'lerin başlarında, Freud ve Viyana Psikanaliz Derneğindeki birçok meslektaşı -Carl Gustav Jung (1875-1961) da dâhil- Batı dünyasının klinik alandaki en etkili kuramcıları hâline gelmiştir.

## Freud Normal ve Anormal İşlevleri Nasıl Açıkladı?

Freud içgüdüsel ihtiyaçlar, rasyonel düşünce ve ahlaki standartlar olmak üzere üç önemli psikolojik yapının kişiliği şekillendirdiğine inanıyordu. O, tüm bu yapıların farkındalığın hemen ortaya çıkmadığı *bilinçdışı düzeyde* çalıştığına ve ayrıca dinamik yani birbirleriyle etkileşim halinde olduklarına inanıyordu. Freud bu yapıları *id*, *ego* ve *süperego* olarak adlandırmıştır.

**İd** Freud, id terimini içgüdüsel ihtiyaçları, dürtüleri ve istekleri ifade etmek için kullanmıştır. İd, *zevk ilkesine* göre çalışır yani her zaman bir doyum arar. Freud ayrıca id'den gelen tüm içgüdüsel dürtülerin cinsellikle ilişkili olma eğiliminde olduğuna, bir çocuğun yaşamının en erken dönemlerinde emzirme, dışkılama, mastürbasyon veya cinsellikle bağlantılı olduğunu düşündüğü diğer faaliyetlerde bulunmaktan zevk aldığı kadar başka hiçbir şeyden daha fazla zevk alamayacağına inanıyordu. Ayrıca bir kişinin *libidosunun* yani cinsel enerjisinin id'i beslediğini öne sürmüştür.

**Ego** Yaşamımızın ilk yıllarında çevremizin her içgüdüsel ihtiyacımızı karşılamayacağını fark ederiz. Örneğin annemiz, isteklerimizi karşılamak için her zaman orada değildir. İdin bir parçası ayrılır ve ego hâlini alır. İd gibi ego da farkında olmadan doyum arar ancak bunu deneyim yoluyla edinilen ve id'den gelen içgüdüsel dürtüleri doğrudan ifade etmenin kabul edilemez olabileceği bilgisine yani *gerçeklik ilkesine* göre yapar. Mantığı kullanan ego, bu dürtüleri ne zaman ifade edebileceğimizi ve ifade edemeyeceğimizi anlamamız için bize rehberlik eder. Ego, id'den gelen kabul edilemez dürtüleri kontrol etmek ve ortaya çıkardığı kaygıyı önlemek veya azaltmak için ego savunma mekanizmaları adı verilen bazı temel stratejiler geliştirir. En temel savunma mekanizması olan *bastırma*, kabul edilemez dürtülerin bilince ulaşmasını engeller.

Bastırmanın yanı sıra başka ego savunma mekanizmaları da vardır ve her birimiz bazılarını diğerlerine tercih etme eğilimindeyizdir (bk. **Tablo 2-1**).

**psikocerrahi** Psikolojik rahatsızlıkların tedavisi için gerçekleştirilen beyin ameliyatı.

**id** Freud'a göre içgüdüsel ihtiyaçları, dürtüleri ve istekleri ifade eden psikolojik yapı.

**ego** Freud'a göre mantığı kullanan ve gerçeklik ilkesine göre çalışan psikolojik yapı.

**ego savunma mekanizmaları** Psikanalitik kurama göre id'den gelen kabul edilemez dürtüleri kontrol etmek ve ortaya çıkardığı kaygıyı önlemek veya azaltmak için egonun geliştirdiği stratejiler.




Pat Byrnes/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Yeniden inkâr etmeye başladığım için şimdi çok daha iyiyim."*

**Süperego** **Süperego,** neyin doğru neyin yanlış olduğu duygusuna yani *ahlak ilkesine* göre çalışan psikolojik yapıdır. Ebeveynlerimizden, id'den gelen dürtülerimizin çoğunun kabul edilemez olduğunu öğrendikçe farkında olmadan ebeveynlerimizin değerlerini de benimseriz. Kendimizi onların standartlarına göre değerlendiriyorsak değerlerini benimsediğimizde iyi hissederiz, onlara karşı çıktığımızda ise suçlu hissederiz. Böylelikle aslında bir *vicdan* geliştirmiş oluyoruz.

Freud'a göre, kişiliğin bu üç parçası -yani id, ego ve süperego- genellikle belli bir dereceye kadar birbiri ile çatışma hâlindedir. Bu üç güç birlikte etkili bir şekilde çalışıyorsa ve aralarında bir uzlaşma söz konusuysa sağlıklı bir kişilik yapısı oluşur. Ancak eğer id, ego ve süperego aşırı düzeyde bir çatışma içindeyse kişinin davranışında bazı işlevsel bozukluklar ortaya çıkabilir.

Bu nedenle Freudçular, Philip Berman'ın psikolojik yapılarının/kişilik güçlerinin birlikte etkili bir şekilde çalışma konusunda zayıf olduğunu düşünürler. Onun egosu ve süperegosu, id'den gelen dürtülerini kontrol edememekte ve bu da onu sürekli olarak dürtüsel hareket etmeye ve intihar girişimleri, kıskançlık krizi, devamlı işinden istifa etme, öfke patlamaları, diğerleri ile sık sık tartışma yaşaması gibi tehlikeli davranışlarda bulunmaya yöneltmektedir.

**Gelişim Dönemleri** Freud, bebeklikten yetişkinliğe kadar gelişimin her aşamasında yeni bir durumun bireyleri zorladığını ve bu zorlukların id, ego ve süperegolarının bunlara uyum sağlamasını gerektirdiğini öne sürmüştür. Eğer başarılı bir şekilde bu yeni duruma uyum sağlanırsa kişilik sağlıklı bir şekilde gelişir. Aksi takdirde birey, belli bir gelişim dönemine **fiksasyon/saplanma** geliştirebilir veya gelişimin erken bir döneminde takılıp kalabilir. Bu durum sonraki gelişim dönemlerini de olumsuz etkiler ve gelecekte anormal davranışların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Ebeveynler, yaşamın ilk yıllarında çocuk için anahtar bir role sahip olduğundan, uygun olmayan bir gelişim söz konusuysa genellikle bunun nedeni olarak görülürler.

Freud, gelişimin her aşamasını o dönemde çocuk için en önemli olduğunu düşündüğü beden bölgesine göre adlandırmıştır. Örneğin, yaşamın ilk 18 ayını *oral dönem*

TABLO: 2-1

## Savuma Mekanizmaları Asla Dinlenmez

| Savunma Mekanizması | İşleyiş biçimi | Örnek |
|---|---|---|
| Bastırma | Kişi, acı veren veya tehdit edici düşüncelerin bilinç düzeyine çıkmasına izin vermeyerek endişeden kaçınır. | Bir yöneticinin, yönetim kurulu toplantısı sırasında kendine hâkim olamayıp patronuna ve meslektaşlarına saldırmaya yönelik arzusunun, tehdit edici olduğundan bilinçdışına itilmesi ve bu tür bir tepkinin ortaya çıkmaması |
| İnkar | Kişi, kaygı yaratan dışsal bir kaynağın varlığını tamamen reddeder. | Ertesi gün gireceği final sınavına hazır olmayan bir öğrencinin kendisine bunun aslında önemli bir sınav olmadığını ve bu nedenle de bu sınavın gece sinemaya gitmesine engel oluşturmadığını söylemesi |
| Yansıtma | Kişi; kendi kabul edilemez dürtülerini, isteklerini veya arzularını, onlar sanki kendisine ait değiller de başkasına aitlermiş gibi bir başkasına atfeder. | Patronuna karşı saldırgan ve öfkeli olan bir yöneticinin aslında patronunun ona karşı öfkeli olduğunu iddia etmesi ve böylelikle kendi öfkesi nedeni ile patronu ile arasında ortaya çıkabilecek sorunlardan kendini koruması |
| Mantığa Bürünme | Kişi, kabul edilemez dürtülerini yansıtabilecek bir davranış için toplumsal olarak kabul edilebilir, mantıklı bir gerekçe yaratır. | Bir öğrencinin, düşük notlarına mantıklı bir gerekçe sunmak için üniversitede verilen eğitim boyunca edinilen toplam deneyimin alınan notlardan çok daha önemli olduğuna vurgu yapması |
| Yer Değiştirme | Kişi, düşmanca bir tepkiyi olası tehlikeli bir nesnenin kendisinden daha güvenli bir nesneye yöneltir. | Bir kişinin bulduğu mükemmel bir park yerine arabasını park etmeye hazırlanırken, bir başkası onun önünü kesip kendi arabasını park ettiğinde ona karşı olan öfkesini orada göstermeyip daha sonra bunun acısını oda arkadaşından çıkarması ve ona bağırması |
| Entellektüalizasyon | Kişi, bir soruna karşı aşırı düzeyde mantıklı bir tepki vermek için duygusal tepkilerini bastırır. | Fiziksel saldırıya ve tecavüze uğramış bir kadının, bu tür saldırıların mağdurlar üzerindeki etkilerine yönelik bilimsel verilerden bahsetmesi |
| Gerileme | Kişi, onu üzecek bir çatışmadan kaçınmak için, hiç kimsenin olgun veya sorumlu bir şekilde davranmasının beklenmediği erken bir gelişimsel dönemin davranış örüntülerine geri döner. | İsteklerini karşılamayı reddeden annesine duyduğu öfkeyle baş edemeyen bir çocuğun, giysilerini kirletmek, kendi başına karşılayabileceği ihtiyaçlarını gidermemek gibi bazı çocuksu davranışlarda bulunması |


Lucasfilm Ltd./20th Century Fox/Photofest

**"Luke... Ben senin babanım."** Luke Skywalker ve Darth Vader arasındaki bu ışın kılıcı savaşı, sinema tarihindeki en ünlü ve en tartışmalı baba-oğul ilişkisini yansıtır. Ancak Sigmund Freud'a göre tüm babalar ve oğullar arasında, Yıldız Savaşları serisinde Luke ve babasının karşılaştığı onlara özgü zorluklar kadar olmasa bile üstesinden gelmeleri gereken önemli gerginlikler ve çatışmalar vardır.

olarak nitelendirmiştir. Bu dönemde çocuklar, onları besleyen ve rahatlatan annenin ortadan kaybolacağından korkar. Anneleri oral dönemdeki ihtiyaçlarını doyurmada sürekli olarak başarısızlık gösteren çocuklar, oral döneme saplantı geliştirebilirler ve yaşamları boyunca aşırı bağımlılık veya aşırı güvensizlikle belirgin olan bir "oral karakter" sergileyebilirler. Bu tür kişiler depresyon geliştirmeye özellikle daha yatkınlardır. İlerleyen bölümlerde de göreceğiniz gibi Freud, *anal dönem* (18 aydan 3 yaşa kadar), *fallik dönem* (3 yaştan 5 yaşa kadar), *gizil dönem* (5 yaştan 12 yaşa kadar) ve *genital dönem* (12 yaştan yetişkinliğe kadar) gibi gelişimin diğer aşamalarına yönelik saplantıları diğer bazı psikolojik işlev bozuklukları ile ilişkilendirmiştir.

## Diğer Psikodinamik Açıklamalar Freud'un Açıklamalarından Nasıl Farklılaşmaktadır?

Freud ve meslektaşları arasındaki kişisel ve mesleki farklılıklar, yirminci yüzyılın başlarında Viyana Psikanaliz Derneğinde bir bölünmeye yol açmıştır. Ardından Carl Jung ve diğerleri yeni kuramlar geliştirmişlerdir. Bu yeni kuramlar, Freud'un görüşlerinden önemli noktalarda ayrılsa da her biri Freud'un insan davranışının işleyişinin dinamik (birbiri ile etkileşim hâlinde) psikolojik yapılar tarafından şekillendirildiği inancına bağlı kalmıştır. Bu nedenle Freud'un kuramı da dâhil bu tür tüm kuramlar, *psikodinamik* olarak adlandırılır.

Günümüzün en etkili psikodinamik kuramlarından ikisi, kendilik psikolojisi kuramı ve nesne ilişkileri kuramıdır. *Kendilik psikolojisi kuramcıları, kendiliğin* yani birleşmiş kişiliğin rolüne vurgu yapar. Bu kuramcılar, insanın temel güdüsünün kendiliğin bütünlüğünü güçlendirmek olduğuna inanmaktadır (Corey, 2017; Kohut 2001, 1977). Diğer yandan nesne ilişkileri kuramcıları ise insanların temel olarak başkalarıyla ilişki kurma ihtiyacı ile güdülendiklerini, çocuklar ile onlara bakım veren kişiler arasındaki ilişkilerde ortaya çıkan ciddi sorunların anormal gelişime yol açabileceğini öne sürmektedir (Kernberg, 2018, 2005, 1997; Rankin, 2017).

## Psikodinamik Terapiler

Psikodinamik terapiler, Freud'un psikanaliz kuramından kendilik psikolojisi kuramına veya nesne ilişkileri kuramına dayanan çağdaş terapilere kadar değişiklik gösterir. Psikodinamik terapistler geçmiş travmaları ve bunlardan kaynaklanan iç çatışmaları ortaya çıkarmayı amaçlar (Safran, Kriss ve Foley, 2019). Bu doğrultuda danışanlarının deneyimledikleri iç çatışmaları çözmelerine veya yatıştırmalarına ve kişisel gelişimlerini sürdürmelerine yardımcı olmaya çalışırlar.

Çoğu psikodinamik terapiste göre terapistlerin terapi sürecinde danışanları ile sorunları hakkında konuşurken onlara ustaca rehberlik etmesi gerekir, böylece danışanlar sorunlarının altında yatan nedenleri keşfedebilir. Bu sürece yardımcı olmak için

**süperego** Freud'a göre bir kişinin değerlerini ve ideallerini temsil eden psikolojik yapı/zihinsel güç.

**fiksasyon/saplanma** Freud'a göre id, ego ve süperegonun yeterince olgunlaşmadığı ve gelişimin erken bir aşamasında donduğu bir durum.

**serbest çağrışım** Hastaların, önemsiz görünse bile, akıllarına gelen herhangi bir düşünceyi, duyguyu veya görütüyü tanımladığı psikodinamik bir teknik.

**direnç** Terapiye tam anlamıyla aktif olarak katılmayı farkında olmadan reddetme.

**aktarım** Psikodinamik kuramcılara göre, şimdi veya geçmişte bir hastanın hayatındaki önemli figürlerle ilişkili duygularını psikoterapiste yönlendirmesi.

**rüya** Uyku sırasında zihne gelen bir dizi düşünce ve görüntü.

**katarsis** İçsel çatışmaları çözmek ve sorunların üstesinden gelmek için geçmişte bastırılmış duyguları yeniden deneyimlemek.

**derinlemesine çalışma** Çatışmalarla yüzleşmenin, duyguları yeniden yorumlamanın ve sorunların üstesinden gelmenin psikanalitik süreci

terapistler, *serbest çağrışım, terapist yorumu, katarsis* ve *derinlemesine çalışma* gibi teknikleri kullanırlar.

**Serbest Çağrışım** Psikodinamik terapilerde hasta, sorunları hakkında konuşmayı başlatmak ve yönetmekle sorumludur. Terapist, hastaya önemsiz görünse bile aklına gelen herhangi bir düşünceyi, duyguyu veya görüntüyü tarif etmesini söyler. Bu uygulama, *serbest çağrışım* olarak bilinmektedir. Terapist, hastanın çağrışımlarının en nihayetinde bilinçdışındaki olayları ortaya çıkarmasını bekler. Aşağıdaki ünlü psikodinamik vaka örneği üzerinden serbest çağrışımın bir kadın hastanın kendi içindeki rahatsız edici dürtüleri ve çatışmaları keşfetmesine nasıl yardımcı olduğuna bakalım:

Hasta: *Ve durmadan yürümeye başladım ve daha sonra müzenin arkasından geçip [New York'taki] Central Park'ta yürümeye karar verdim.... Parkta ağaçların yanında bir bank gördüm ve oraya oturdum. Arkamda bir hışırtı duydum ve korktum. Çalıların arasında saklanan birkaç erkek olduğunu düşündüm. Haberlerde duyduğum Central Park'taki sapıklar aklıma geldi. Arkamda çalıların arasından çıkıp üzerime doğru gelen biri var mı diye merak ettim. Böyle bir düşünce çok iğrençti ama aynı zamanda da heyecan vericiydi. Şimdi babamı düşünüyorum ve heyecanlı hissediyorum.... Bununla ilgili beni zorlayan bir şeyler var. Ne olduğunu bilmiyorum, sanki çok da emin olamadığım bir şey gibi. (Duraklıyor.)*

Terapist: *Mm... hmm. (Duraklıyor.) Tam emin olamadığın?*

Hasta: (Hasta hızlı bir şekilde nefes alıyor ve büyük bir gerginlik içinde görünüyor.) Küçük bir kızken babamla uyurdum. Bu bana biraz tuhaf hissettirirdi. Vücudumun her yerinde böyle tuhaf bir his var, sanki tenime batan iğneler varmış gibi. Eğlenceli ama garip... Bu his, bir yandan da körlük gibi, sanki hiçbir şey görmemek gibi. Aklım bulanıklaşıyor ve bu bulanıklık baktığım her şeye bu.

*(Wolberg, 2005, 1967, s. 662)*

**Terapist Yorumu** Psikodinamik terapistler; hastanın konuşmalarını dikkatle dinler, ipuçları arar, henüz kesin olmayan sonuçlar çıkarır ve hastanın bunları duymaya hazır olduğunu düşündüklerinde yorumlarını onlarla paylaşır. Üç olgunun yorumlanması özellikle önemlidir -*direnç, aktarım* ve *rüyalar*. Hastalar aniden serbest çağrışım yapmakta zorlandıklarında veya acı verici olduğundan bu acıdan kaçınmak için bir konuyu değiştirdiklerinde bu, onların **direnç** gösterdiğini ve terapi sürecine aktif olarak katılmayı farkında olmadan reddettiğini gösterir. Hayatlarındaki önemli kişilere, özellikle ebeveynlerine, kardeşlerine ve eşlerine davrandıkları şekilde terapiste de davrandıklarında ve benzer duyguları terapiste karşı da hissettiklerinde bu onların **aktarım** yaşadığını gösterir. Central Park'ta yürüyen kadını tekrar düşünün. O anlatmaya devam ederken terapist ona aktarımını keşfetmesi için yardımcı oluyor:

Hasta: *Burada olanlar beni çok heyecanlandırıyor. Bazen nazik olmaya çalıştığım için kendimi tam olarak ortaya koymaktan biraz geri durduğumu fark ediyorum.... En kötüsü de benden hiç hoşlanmamanız olurdu. Benimle cana yakın bir şekilde konuşmamanız...Beni tedavi edemeyeceğinizi düşünmeniz ve tedavi etmeyi bırakmayı istemeniz olurdu....*

Terapist: *Sizce bu tür düşüncelerin kaynağı nedir?*

Hasta: *Dokuz yaşındayken tarihteki önemli kişiler hakkında çok şey okurdum. Onlardan alıntı yapardım ve böylelikle etkileyici olmaya çalışırdım. Yanımda bir kılıç taşıyor gibiydim, Hintli gibi giyinirdim. Annem beni azarlardı. Kaşlarını çatma, çok konuşma. Ellerinin üstüne otur. Tekrar tekrar bunları söylerdi. Her türlü şeyi yaptım. Yaramaz bir çocuktum. Bana kendime zarar vereceğimi söylerdi. Sonra on dört yaşında attan düştüm ve sırtımı incittim. Aslında o gün hep yatakta olmam gerekiyordu. Annem bana ata binmememi söylemişti... Onun sözüne karşı geldim ve bu acı çekmeme, bir şekilde hayatımı değiştiren bir kaza geçirmeme, sırtımda bir hasar kalmasına neden oldu. Böyle durumlarda her zaman, "Ben sana demedim mi?" derdi.*

*(Wolberg, 2005, 1967, s. 662)*

## #FreudGerçekleri

Freud'un bir terapi seansı için aldığı ücret 20 dolar civarıydı.

Neredeyse 40 yıl boyunca Freud günde 10 saat, haftada 5-6 gün terapi seansı yapmıştır.

Freud, on iki kez Nobel Ödülü'ne aday gösterilmiş ancak hiç ödül kazanamamıştır.

(Grohol, 2015; Hess, 2009; Gay, 2006, 1999)

Sizce neden çoğu insan rüyalarını yorumlamaya ve anlamlandırmaya çalışır? Bu bir tür rüyaların öneminin yorumlanması çabası mıdır?

Son olarak birçok psikodinamik terapist, hastalarının **rüyalarını** yorumlamasına yardımcı olmaya çalışır (Altszyler ve diğ., 2017) (bk. **Tablo 2-2**). Freud (1924) rüyalara "bilinçdışına giden kral yolu" adını vermiştir. Freud bastırma ve diğer savunma mekanizmalarının uyku sırasında daha az çalıştığına ve doğru yorumlanırsa rüyaların bilinçdışındaki içgüdüleri, ihtiyaçları ve istekleri ortaya çıkarabileceğine inanıyordu. Freud iki tür rüya içeriği tanımladı: açık ve gizli. *Açık içerik*, rüyanın bilinç düzeyinde hatırlanan içeriğidir; *gizli içerik* ise rüyanın sembolik anlamıdır. Bir rüyayı yorumlamak için terapistlerin rüyanın açık içeriğinden gizli içeriğine ulaşmaları gerekir.

**Katarsis** İçgörü hem duygusal hem de zihinsel bir süreç olmalıdır. Psikodinamik terapistler, eğer içsel çatışmalarını çözmek ve problemlerinin üstesinden gelmek istiyorlarsa hastaların katarsis deneyimini yaşamaları gerektiğine inanırlar.

**Derinlemesine Çalışma** Terapistin tek bir yorumu ve katarsisin yalnızca bir kez deneyimlenmesi, hastanın davranış sorunlarını değiştirmeyecektir. Hasta ve terapist, birden fazla seansta aynı konuları her seferinde daha açık bir şekilde ele alarak tekrar tekrar incelemelidir. Bu süreç, derinlemesine çalışma olarak adlandırılır ve genellikle yıllarca sürer.

**Psikodinamik Terapide Güncel Gelişmeler** Geçtiğimiz 40 yıl boyunca, birçok psikodinamik terapistin seans yürütme biçiminde önemli değişiklikler olmuştur. Belli bir soruna odaklanan, zaman sınırlı psikoterapilere olan talebin artması ile birlikte psikodinamik terapiyi daha verimli ve uygun maliyetli hale getirme ihtiyacı gündeme gelmiştir. Böyle bir ihtiyacın sonucunda ortaya çıkan iki güncel psikodinamik yaklaşım, kısa süreli psikodinamik terapiler ve ilişkisel psikanalitik terapidir.

**KISA SÜRELİ PSİKODİNAMİK TERAPİLER** Bazı kısa süreli psikodinamik terapilerde, hastalar diğer insanlarla iyi geçinmede zorluk gibi üzerinde çalışmak için tek bir problem yani dinamik bir odak seçerler (Levenson, 2017). Terapist ve hasta, tedavi boyunca bu soruna odaklanır ve yalnızca o sorunla ilişkili diğer psikodinamik sorunlar üzerinde çalışır (oral dönemde karşılanmamış ihtiyaçlar gibi). Sınırlı sayıda da olsa kısa süreli psikodinamik terapilerin etkililiğini test eden araştırmalardan elde edilen sonuçlar, bu tür yaklaşımların bazı hastalar için oldukça yararlı olduğunu göstermektedir (Town ve diğ., 2017).

**İLİŞKİSEL PSİKOANALİTİK TERAPİ** Freud, psikodinamik terapistlerin bir tedavi seansı sırasında tarafsız ve mesafeli bir uzman rolünü üstlenmeleri gerektiğine inanırken ilişkisel psikanalitik terapi olarak adlandırılan çağdaş psikodinamik terapi ekolü ise terapistlerin hastaların yaşamında önemli bir figür olduğunu ve onların tepkilerinin

TABLO: 2-2

## Ortak Rüyalara Sahip Katılımcıların Yüzdesine Dair Araştırma Sonuçları

| | Erkekler | Kadınlar |
|---|---|---|
| Sonucunda herhangi bir yaralanmak olmaksızın kovalanma veya takip edilme | %78 | %83 |
| Cinsel deneyimler | %85 | %73 |
| Düşme | %73 | %74 |
| Okullar, öğretmenler, ders çalışma | %57 | %71 |
| Bir yere geç kalmak, örn. trene gecikmek | %55 | %62 |
| Bir şeyi tekrar tekrar yapmaya çalışmak | %55 | %53 |
| Havada uçmak veya süzülmek | %58 | %44 |
| Sınavda başarısız olmak | %37 | %48 |
| Fiziksel saldırıya uğramak | %40 | %44 |
| Korkudan donakalmak | %32 | %44 |

Bilgi kaynağı: 2018; Robert ve Zadra, 2014; Copley, 2008; Kantrowitz & Springen, 2004.



Frank Modell/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Bana bak! Sen geçmişimi deşmesen de şu an hayatımda yeterince sorun var."*

ve inançlarının da terapi sürecine dâhil edilmesi gerektiğini savunur (Corey, 2017). Bu doğrultuda ilişkisel terapinin temel ilkelerinden biri, terapistlerin kendileriyle ilgili şeyleri, özellikle hastalara verdikleri tepkileri açıklamaları ve hastalarla daha eşit düzeyde bir ilişki kurmaya çalışmalarıdır.

## Psikodinamik Modelin Değerlendirilmesi

Freud ve takipçileri, anormal işleyişin farklı yönlerinin anlaşılmasına katkı sağlamıştır. Büyük ölçüde onların çalışmalarının sunduğu katkılar sayesinde günümüzde çok sayıda kuramcı anormal işleyişi açıklamak için biyolojik süreçlerin dışında da yanıtlar aramaktadır. Psikodinamik kuramcılar aynı zamanda anormal işleyişin, normal işleyişle benzer süreçlere dayanıyor olabileceğini anlamamıza da yardımcı olmuştur. Psikolojik çatışma normal bir deneyimdir, bu çatışma aşırı hâle gelirse ancak o zaman anormal bir işleyişe yol açmaktadır.

**Freud'un kuramsal açıklamaları Batı toplumunda edebiyatı, filmleri ve televizyon programlarını, felsefeyi, çocuk yetiştirme biçimlerini ve eğitimi ne şekilde etkilemektedir?**

Freud ve birçok takipçisinin, tedavinin işleyişi üzerinde de oldukça büyük bir etkisi olmuştur. Kuramsal bilgileri sistematik olarak tedaviye ilk kez onlar uygulamıştır. Biyolojik tedaviye karşılık olarak psikolojik tedavinin işe yarar olduğunu ilk kez ortaya koyan da onlar olmuş ve görüşleri diğer birçok psikolojik tedavi yaklaşımının geliştirilmesine öncülük etmiştir.

Diğer yandan psikodinamik modelin de bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Modelin kavramları üzerine araştırma yapmak zordur (Safran ve diğ., 2019). İd'den gelen dürtüler, ego savunmaları ve saplantı gibi süreçler soyut olduğundan ve yalnızca varsayılarak bilinçdışı düzeyde işlediğinden bunların gerçekleşip gerçekleşmediğini kesin olarak bilmenin bir yolu yoktur. Bu doğrultuda psikodinamik açıklamalara ve tedavilere yönelik yıllar içinde nispeten sınırlı sayıda araştırma yapılmış olması ve psikodinamik kuramcıların büyük ölçüde bireysel vaka çalışmalarından elde edilen kanıtları temel almaları şaşırtıcı değildir. Bununla birlikte güncel araştırmalardan elde edilen sonuçlar, uzun süreli psikodinamik terapinin, uzun süredir devam eden ve karmaşık yapıda bir bozukluğu olan birçok kişi için yararlı olabileceğini (Berman, 2017; Werbart ve diğ., 2017) ve günümüz klinik psikologlarının yüzde 18'inin kendilerini psikodinamik terapist olarak tanımladığını (Prochaska ve Norcross, 2018) göstermektedir.

### ...ÖZETLE

**PSİKODİNAMİK MODEL** Psikodinamik kuramcılar, bir bireyin normal veya anormal davranışlarının temeldeki psikolojik yapılar tarafından belirlendiğine inanmaktadır. Psikolojik çatışmaların, erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliğinden ve travmatik deneyimlerden kaynaklandığını düşünmektelerdir. Psikodinamik model, id, ego ve süper ego olmak üzere bu üç dinamik yapının/gücün etkileşime girerek düşüncenin, duygunun ve davranışın ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu söyleyen Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir. Diğer psikodinamik kuramlar ise kendilik psikolojisi kuramı ve nesne ilişkileri kuramıdır.

Psikodinamik terapistler, insanların geçmiş travmaları ve bunlardan kaynaklanan içsel çatışmaları fark etmelerine yardımcı olur. Direnç, aktarım ve rüyalar gibi psikolojik fenomenlerin serbest çağrışımı ve yorumlanması da dâhil olmak üzere bir dizi teknik kullanırlar. Önde gelen çağdaş psikodinamik yaklaşımlar ise kısa süreli psikodinamik terapileri ve ilişkisel psikanalitik terapiyi kapsamaktadır.

**koşullanma** Öğrenmenin basit şekli.

**klasik koşullanma** Tekrar tekrar, yakın zamanlarda gerçekleşen iki durumun zaman içinde bir kişinin zihninde birleştiği ve aynı tepkiyi ortaya çıkarmaya başladığı zamansal olarak ilişkilendirme yoluyla öğrenme süreci.

**model alma** Bireyin başkalarını gözlemleyerek ve taklit ederek bazı davranışları edindiği öğrenme süreci.

**edimsel koşullanma** İnsanların bir davranışı gerçekleştirdiklerinde bu davranışın bazı sonuçlarını deneyimlemiş olmaları nedeni ile belirli şekillerde davranmaya başladıkları bir öğrenme süreci.

## Bilişsel-Davranışçı Model

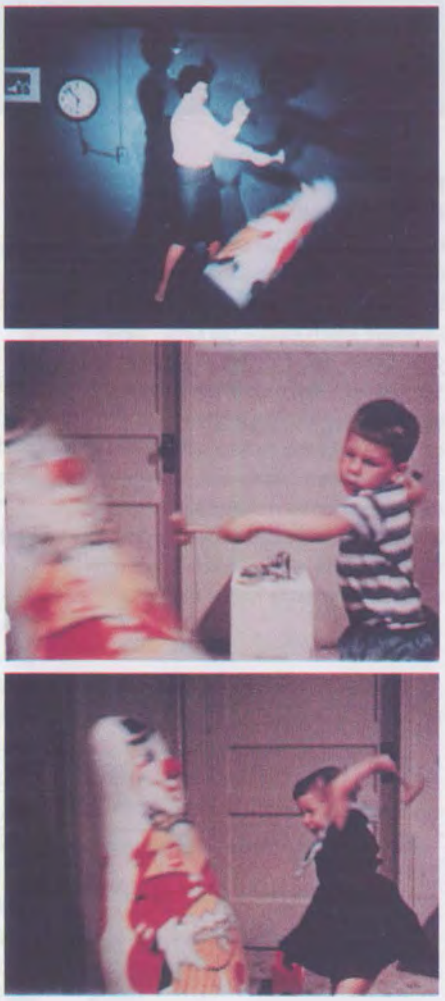
Bilişsel-davranışçı model, anormal işleyişi açıklarken insanların sergiledikleri davranışlara ve sahip oldukları düşüncelere odaklanır. Model aynı zamanda davranışlar ve düşünceler arasındaki etkileşimle yani davranışın düşünceyi düşüncenin de davranışı nasıl etkilediği ile ilgilenmektedir. Ayrıca model, davranış-biliş arasındaki etkileşimin duygular üzerinde nasıl bir etkiye yol açtığı ile de ilgilenir.

Psikodinamik modelin temelleri hekimlerin klinik çalışmalarına dayanırken bilişsel-davranışçı modelin temelleri ise psikoloji alanından araştırmacıların 1800'lerin sonlarından beri *davranışları* yani bir organizmanın çevresine verdiği tepkileri inceledikleri laboratuvar çalışmalarına dayanmaktadır. Bu araştırmacılar, davranışların dışsal (işe gitmek, konuşmak) veya içsel (bir duyguya sahip olma) olabileceğine inanıyorlardı ve bu tür davranışların nasıl kazanıldığını daha iyi anlamak için öğrenmenin basit bir şekli olan **koşullanma** üzerine deneyler yaptılar. Araştırmacılar bu deneylerde *uyaranlar* ve *ödüller* için bir manipülasyon uygulamaktaydı, ardından bu tür manipülasyonların hayvan ve insan deneklerin davranışlarını nasıl etkilediğini gözlemlemekteydi.

1950'lerde psikodinamik modelin belirsizliği ve yavaşlığından memnun olmayan bir dizi klinisyen, laboratuvarda koşullanma üzerine gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları ile belirledikleri ilkeleri uygulayarak psikolojik anormalliği açıklamaya ve tedavi etmeye başlamıştır. Bu klinisyenler laboratuvar çalışmalarının sonuçları ile tutarlı bir şekilde şiddetli kaygı, depresyon ve benzer sorunları işlevsel olmayan davranışlar olarak görmüş ve çalışmalarında bu tür davranışların nasıl öğrenilip değiştirilebileceğine odaklanmışlardır.

On yıl kadar sonra diğer bazı klinisyenler, doğru yönde hareket ederek tek başına davranışlara odaklanmanın yeterli olmadığına, davranışsal koşullanma ilkelerinin insan davranışının işleyişinin ve işlev bozukluğunun karmaşıklığını tam olarak açıklamada başarısız olduğuna inanmaya başlamıştır. Aynı zamanda, o zamana kadar davranış odaklı açıklamalarda ve terapilerde büyük ölçüde göz ardı edilen düşünce biçimlerinden varsayımda bulunma veya yorumlama gibi *bilişsel süreçlerin* de önemli olduğunu fark etmişlerdir. Bu klinisyenler, anormalliği açıklamak için hem davranışları hem de bilişsel süreçleri hesaba katan bilişsel-davranışçı modelleri ve hem işlevsel olmayan davranışları hem de işlevsel olmayan düşünce biçimlerini değiştirmeyi amaçlayan bilişsel davranışçı terapileri geliştirmişlerdir (Kodal ve diğ., 2018; Craske, 2017).

Günümüzde kuramcıların ve terapistlerin bazıları hala yalnızca anormal işleyişin davranışsal yönlerine odaklanırken, bazıları da yalnızca bilişsel süreçlere odaklanmaktadır. Bununla birlikte bilişsel-davranışçı model yönelimli çoğu klinisyenin uygulamaları hem davranışsal hem de bilişsel ilkeleri içermektedir. Bilişsel-davranışçı modeli en iyi şekilde değerlendirmek için önce onun davranışsal boyutuna ve ardından da bilişsel boyutuna bakalım.



A. Bandura, Stanford University

**Gör ve yap** Model alma, bazı anormal davranış biçimlerinin nedenlerini açıklayabilir. Albert Bandura ve arkadaşları (1963) tarafından yapılan ünlü bir araştırma, bir yetişkinin oyuncak bir bebeğe vurduğunu gözlemleyen çocukların aynı davranışı sergilediklerini göstermiştir. Oyuncak bebeğe vuran yetişkin bir modele maruz bırakılmayan çocukların ise bebeğe karşı kötü bir davranış sergilemediği görülmüştür.

## Davranışsal Boyut

Öğrenilmiş davranışların çoğu, insanların günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına ve mutlu, üretken bir yaşam sürmelerine yardımcı olur. Bununla birlikte, anormal davranışlar da öğrenilebilir. Örneğin Philip Berman, uygun olmayan öğrenme geçmişi olan bir adam olarak görülebilir: Başkalarını aşağılayan ve onu çeşitli sorunlara sürükleyen davranışları öğrenmiştir.

Kuramcılar çeşitli koşullanma türleri tanımlamaktadır ve bu koşullanma türlerinin her biri normal davranışları ortaya çıkarabildiği gibi anormal davranışları da ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin **klasik koşullanmada** insanlar bir uyarıcıya verdikleri aynı tepkiyi yakın zaman içinde bu uyarıcı ile birlikte tekrar tekrar ortaya çıkması nedeni ile başka bir uyarıcıya da vermeyi öğrenirler. Örneğin bir hekim küçük bir çocuğa acı veren bir alerji aşısı yaptığı her seferde beyaz bir laboratuvar önlüğü giyerse çocuk sadece iğnelerden değil, aynı zamanda beyaz laboratuvar önlüklerinden de korkmayı öğrenebilir. Bölüm 4'te de göreceğiniz gibi birçok fobi klasik koşullanma yolu ile edinilmektedir. Başka bir koşullanma türü olan **model almada** insanlar tepkileri yalnızca diğer insanları gözlemleyerek öğrenirler. Fobiler, aynı zamanda model alma yoluyla da edinilebilir. Küçük bir kız, bir köpek önünden geçerken babasının korktuğunu görürse kendisi de köpeklere karşı bir fobi geliştirebilir.

Üçüncü bir koşullanma türü olan **edimsel koşullanmada**, insanlar bir davranışı gerçekleştirdiklerinde bu davranışın sonuçlarını yani *pekiştirmeleri* (örneğin *ödüller*) ya da *cezaları*- deneyimlemenin bir sonucu olarak belirli şekillerde davranmayı öğrenirler (Skinner, 1958, 1957). Araştırmalar, bir dizi anormal davranışın edimsel koşullanma yoluyla kazanılabileceğini göstermektedir (Held-Poschardt ve diğ., 2018; Calarco, 2016). Örneğin bazı çocuklar, ebeveynleri veya akranları onların tehditlerine ve taleplerine hiçbir zaman karşı çıkmadığında veya onlar bu şekilde davrandıklarında onları sürekli dikkate aldıklarında aşırı düzeyde



The Washington Post/Getty Images

**Eğlence ve kâr için koşullanma** Koşullanma ilkeleri kullanılarak hayvanlara çok çeşitli numaralar öğretilebilir -ama ne pahasına? Burada bir Asya fili, Virginia'daki bir sirkte onu izlemeye gelen kalabalığa karşı "yaşayan heykel" adlı bir gösteri yapıyor. Son yıllarda, sirk hayvanları üzerinde uygulanan eğitimin içeriği nedeni ile harekete geçilmiş ve bazı sirklerin filleri gösterilerinden çıkarmaları sağlanmıştır. Bu da bilet satışlarının azalmasına ve ünlü Ringling Brothers ve Barnum & Bailey Sirki de dâhil olmak üzere birçok sirkin kapanmasına neden olmuştur.

saldırgan davranışlar sergilemeyi öğrenirler. Ayrıca bazı insanlar da başlangıçta alkol almak sakinlik, rahatlık veya zevk duygusu verdiği için zamanla alkolü kötüye kullanma davranışı geliştirirler.

Davranış odaklı çalışan terapistler tedavi amacıyla edimsel koşullanma, klasik koşullanma veya model alma ilkelerini uygulayarak bir kişinin sorunlu davranışlarını daha uygun olanlarla değiştirmeyi amaçlar (Antony, 2019; Foa ve diğ., 2018). Örneğin bu terapistler aşırı düzeyde saldırgan davranışlar sergileyen çocukların tedavi sürecinde çocuklarının sorunlu davranışlarının artmasına neden olan, ebeveynlerinin farkında olmadan kullandıkları pekiştireçleri değiştirmeleri için onlara rehberlik edebilir. Anne babalara, çocuklarına daha fazla ilgi göstererek veya onlara özel ayrıcalıklar sağlayarak onların sergilediği kibar ve uygun davranışları sistematik olarak pekiştirmeleri öğretilebilir. Bunun yanı sıra ebeveynlere, çocuklarının aşırı düzeydeki saldırgan davranışlarına dikkat göstermeyerek ve onlara sağladıkları ayrıcalıkları sonlandırarak sistematik bir şekilde bu tür davranışları cezalandırmaları öğretilebilir (Cornacchio ve diğ., 2017; Elkins ve diğ., 2017).

## Bilişsel Boyut

Philip Berman hepimiz gibi *bilişsel* becerilere -düşünmek, hatırlamak ve öngörüde bulunmak için özel bir entelektüel kapasiteye- sahiptir. Bu beceriler, onun hayatında pek çok şeyi başarmasına yardımcı olabilir. Aynı zamanda onun hayatında bazı güçlüklere de neden olabilirler. Philip deneyimleri hakkında düşünürken bunları kötü kararlara, uyumsuz tepkilere ve acı verici duygulara yol açacak şekilde hatalı bir biçimde yorumlayabilir.

1960'larda iki klinisyen, Albert Ellis (1962) ve Aaron Beck (1967), anormal işleyişin sadece davranışlara bakılarak değil, aynı zamanda bilişsel faktörlere de odaklanılarak en iyi şekilde açıklanabileceğini ve tedavi edilebileceğini ileri sürmüştür. Ellis ve Beck klinisyenlerin, danışanın algılarını renklendiren varsayımlar ve tutumlar, o kişinin aklından geçen düşünceler ve bu varsayımlar ile düşüncelerin yol açtığı sonuçlar hakkında sorular sorması gerektiğini belirtmişlerdir.

Ellis ve Beck ile birlikte diğer biliş odaklı kuramcılara göre anormal işleyiş birkaç tür bilişsel problemden kaynaklanabilir. Bazı insanlar, işlevsel olmayan ve hatalı *varsayımlarda* bulunabilir ve bu türde *tutumlar* benimseyebilir (Beck ve Weishaar, 2019; Ellis ve Ellis, 2019). Örneğin Philip Berman, geçmişin onu şimdiki durumuna hapsettiğini varsayıyor gibi görünmektedir. Ebeveynleri tarafından mağdur edildiğine ve şimdi sonsuza dek geçmişine mahkûm olduğuna inanmaktadır. Tüm yeni deneyimlere ve ilişkilere başarısızlık ve felaket beklentileriyle yaklaşmaktadır. Biliş odaklı kuramcılara göre *mantık dışı düşünme süreçleri* anormal işleyişin bir başka nedenidir. Beck, depresif belirtileri olan insanların sürekli olarak mantık dışı düşündüklerini ve kendi kendini baltalayıcı varsayımlarda bulunduklarını bildirmiştir (Beck ve Weishaar, 2019). Örneğin tek bir olumsuz olaya dayanarak genel sonuçlar çıkarabilir yani *aşırı genelleme* yapabilirler. Depresyonu olan bir öğrenci, tarih dersindeyken Kolomb'un Amerika'ya gerçekleştirdiği üçüncü yolculuğunun tarihini hatırlayamamıştı. Günün geri kalanını her konuda aynı cahilliğe sahip olduğunu düşünüp bu şekilde aşırı genelleme yaparak çaresizlik içinde geçirdi.

Biliş odaklı çalışan terapistler tedavide psikolojik bozukluğu olan kişilerin yeni, daha işlevsel düşünme biçimlerini benimsemelerine yardımcı olmak için çeşitli stratejiler kullanır. Terapistler, Beck tarafından geliştirilen etkili bir yaklaşımı temel alarak depresyonu olana danışanlara, düşüncelerine egemen olan ve psikolojik sorunlarına katkıda bulunan herhangi bir olumsuz düşünceyi, yanlı yorumlamaları ve mantık hatalarını belirleme ve bunları sorgulamaları konusunda rehberlik eder. Aynı zamanda terapistler danışanlara tedavi sürecinde edindikleri yeni düşünme biçimlerini günlük yaşamlarına da aktarmaları konusunda rehberlik ederler. Bölüm 6'da göreceğiniz gibi Beck'in yaklaşımı temel alınarak tedavi edilen depresyonu olan insanların belirtileri, başka hiçbir tedavi almayanların belirtilerine göre çok daha fazla hafiflemiştir (Beck ve Weishaar, 2019).

### #ÖzlüSözler

"Sorunlarımızı, onları yaratırken kullandığımız aynı düşünce tarzını kullanarak çözemeyiz."

Albert Einstein

Aşağıdaki alıntıda, Beck'in yaklaşımını temel alan bir terapist, depresif belirtileri olan 26 yaşındaki bir yüksek lisans öğrencisine, yorumlamalarıyla duyguları arasındaki bağlantıyı görmesi ve bu yorumlamalarının doğruluğunu sorgulamaya başlaması için rehberlik etmektedir:

**sosyal kaygı bozukluğu** İnsanların sosyal durumlardan korktuğu psikolojik bir bozukluk.

Hasta: *İşler ters gittiğinde hep depresyona giriyorum. Örneğin bir sınavda başarısız olduğum zaman...*
Terapist: *Sınavda başarısız olmak sizi nasıl depresyona sokabilir?*
Hasta: *Eğer başarısız olursam ileride hukuk fakültesine asla giremem.*
Terapist: *Yani sınavı geçememek sizin için çok şey ifade ediyor. Ancak bir sınavda başarısız olmak insanları depresyona sürükleyebiliyorsa o zaman sınavda başarısız olan herkesin depresyon yaşamasını beklemez miydiniz?.. Başarısız olan herkes tedavi gerektirecek kadar depresyona girmiş midir?*
Hasta: *Hayır ama bu sınavın kişi için ne kadar önemli olduğuna bağlı.*
Terapist: *Doğru. Peki bunun önemli olduğuna kim karar veriyor?*
Hasta: *Ben karar veriyorum.*
Terapist: *Bu durumda incelememiz gereken şey, sizin sınava bakış açınız (veya sınav hakkındaki düşünme şekliniz) ve bunun hukuk fakültesine girme şansınızı nasıl etkilediği. Katılıyor musunuz?*
Hasta: *Doğru...*
Terapist: *Başarısız olmak sizin için ne anlama geliyor?*
Hasta: (Ağlamaklı bir şekilde) Hukuk fakültesine giremeyeceğim.
Terapist: *Peki bu sizin için ne anlama geliyor?*
Hasta: *Yeterince zeki olmadığım.*
Terapist: *Başka?*
Hasta: *Hiçbir zaman mutlu olamayacağım anlamına geliyor . . .*
Terapist: *Yani bir sınavda başarısız olmanız sizin çok mutsuz olacağınız anlamına geliyor. Aslında asla mutlu olamayacağınıza inanmak mutsuzluğu ortaya çıkaran güçlü bir etkendir. Yani hukuk fakültesine girememek, "Asla mutlu olamayacağım." anlamına gelir diye bir tanımlama yaptığınızda kendinizi bir tuzağa düşürmüş oluyorsunuz.*

*(Beck ve diğ., 1979, s. 145-146)*

## Bilişler ile Davranışların Karşılıklı Etkileşimi

Daha önce de okuduğunuz gibi günümüzün bilişsel-davranışçı kuramcılarının ve terapistlerinin çoğu, psikolojik bozuklukların açıklanmasında ve tedavide hem bilişsel hem de davranışsal unsurları birlikte ele almaktadır. Örneğin Bölüm 4'te hakkında daha fazla bilgi edineceğiniz bir psikolojik bozukluk olan sosyal kaygı bozukluğunun bilişsel-davranışçı yaklaşım ile nasıl ele alındığına bakalım.

**Sosyal kaygı bozukluğu** olan kişiler, başkalarının kendileri hakkındaki değerlendirmeleri ile karşı karşıya kalabilecekleri sosyal durumlar söz konusu olduğunda şiddetli bir kaygı yaşarlar. Başkalarının önünde başarısız bir performans sergileyebileceklerinden ve aşağılanmış hissedeceklerinden endişe ederler. Bu nedenle topluluk önünde konuşmaktan kaçınabilir, sosyal durumları içeren fırsatları reddedebilir ve hayatlarını çeşitli şekillerde sınırlayabilirler.

### #SosyalSıkıntı

Dört saniyeden uzun süren bir sessizlik çoğu insana garip geliyor (Pear, 2013).

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, bu bozukluğa sahip kişilerin sürekli olarak kendilerine engeller yaratan birtakım inançlara ve beklentilere sahip olduklarını ileri sürmektedir (Hofmann, 2018; Thurston ve diğ., 2017; Heimberg ve diğ., 2010). Bu inançlar ve beklentiler şu şekildedir:

- Gerçekçi olmayan yüksek sosyal standartlara sahip olmak ve sosyal durumlarda mükemmel performans göstermeleri gerektiğine inanmak
- Kendilerini çekici olmayan sosyal varlıklar olarak görmek
- Kendilerini sosyal açıdan beceriksiz ve yetersiz olarak görmek
- Sosyal durumlarda her zaman beceriksizce davranma tehlikesiyle karşı karşıya olduklarına inanmak
- Sosyal durumlarda beceriksizce davranmalarının kaçınılmaz olarak korkunç sonuçlara yol açacağına inanmak

Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, bu tür inanç ve beklentilere sahip oldukları için sosyal bir durum ile karşılaşır karşılaşmaz kaygı düzeylerinde bir artış olduğunu

**maruz bırakma terapisi** insanların korkularını tetikleyen nesnelere veya durumlara defalarca maruz bırakılmasını içeren davranış odaklı bir müdahale

fark eder. Bilişsel-davranışçı kuramcılar, bireylerin bu kaygıyı hafifletmek için düzenli olarak "kaçınma" ve "güvenlik" davranışlarını gerçekleştirmeyi öğrendiklerini söylemektedir (Mesri ve diğ., 2017; Moscovitch ve diğ., 2013). Örneğin kaçınma davranışları, bireyin yalnızca önceden tanıyor olduğu kişilerle toplantılarda veya partilerde buluşmasını veya sosyal toplantılardan tamamen kaçınmasını içerir. Güvenlik davranışları ise utanç duygusuyla ortaya çıkan yüzdeki kızarmayı gizlemek için makyaj yapmak gibi davranışları içerir. Bu tür davranışlar, bireylerin kaygısını ve karşılaştıkları rahatsızlık veren durumların sayısını ortadan kaldırarak veya azaltarak pekiştirir.

Bilişsel-davranışçı terapistler bu sorunlu inanç ve davranış döngüsünü kırmak için, insanların korkularını tetikleyen nesnelere veya durumlara defalarca maruz bırakılmasını içeren davranış odaklı bir müdahale olan **maruz bırakma terapisi** de dahil olmak üzere çeşitli teknikleri bir arada kullanır (Thurston ve diğ., 2017). Sosyal kaygı bozukluğu vakalarında terapistler, danışanlarını terapi seansları dışında korkularını tetikleyen çeşitli sosyal durumların içine girmeye ve korkuları geçene kadar da orada kalmaya teşvik eder. Maruz bırakma genellikle aşamalı olarak gerçekleştirilir. Danışan seans dışındaki bu deneyiminden sonraki seansa geldiğinde terapist ile birlikte işlevsel olmayan inançlarını ve beklentilerini son sosyal karşılaşmalar ışığında yeniden inceler ve sorgular.

Aşağıda bilişsel-davranışçı bir terapistin, toplantılarda konuşursa reddedileceğinden korkan sosyal kaygısı olan bir danışan ile çalışmasından bir bölüm yer almaktadır. Terapist ile danışanı arasında geçen aşağıdaki konuşmalar, danışanın olumsuz sosyal beklentilerini belirlemesi ve kendisine ne kadar aptalca geldiğine bakmaksızın sosyal durumlarda aklına gelen her şeyi çekinmeden söylemeye kendini zorlamasını içeren bir ev ödevini yapmasından sonra yaşanmıştır:

*Bu ödevden iki hafta sonra hasta terapi seansına geldi ve şunları söyledi: "Bana söylediklerinizi yaptım.... [Her] seferinde, sizin de dediğiniz gibi, kendimi insanlardan uzaklaşırken buldum, kendi kendime dedim ki: "Şimdi göremesen de aklından geçen bazı cümleler olmalı. Bu cümleler ne? Ve sonunda onları buldum. Hem de çok fazlasını. Ve hepsi aynı şeyi söylüyor gibiydi."*

*"Ne söylüyorlardı?"*

*"Ben, şey, reddedileceğimi söylüyorlardı... [Eğer] o cümleleri dinleseydim, onlara uysaydım da reddedilecektim. Ve reddedilseydim bu çok kötü olurdu..."*

*"Ev ödevinin ikinci bölümünü yaptınız mı?"*

*"Aklımdan geçenleri çekinmeden söylemeye ve kendimi ifade etmeye kendimi zorlamayı mı?"*

*"Evet, o bölümü."*

*"O daha kötüydü. Gerçekten çok zordu. Düşündüğümden çok daha zordu. Ama yaptım."*

*"Ve?"*

*"Hiç de fena değildi. Birkaç kez aklımdan geçenleri çekinmeden söyledim, daha önce hiç yapmadığım kadar. Bazı insanlar çok şaşırdı."*

*"Kendinizi bu şekilde açıkça ifade ettikten sonra nasıl hissettiniz?"*

*"Olağanüstü!.. Ben, şey, sadece olağanüstü hissettim -yani iyi hissettim... Ama çok zordu. Neredeyse yapamayacaktım. Ve hafta içinde birkaç kez kendimi tekrar tekrar zorlamak durumunda kaldım. Ama yaptım. Ve bundan mutluluk duydum!"*

*(Ellis, 1962, s. 202-203)*

Bu şekilde bilişsel-davranışçı yaklaşım çerçevesinde tedavi alan danışanlar, daha gerçekçi inançları benimsemeye, daha fazla sosyal durum içine girebilmeye, sosyal karşılaşmalar sırasında daha az korku hissetmeye ve daha az olumsuz beklenti yaşamaya başlar. Bu süreçte kaçınma ve güvenlik davranışları azalırken sosyal durumlar içinde daha fazla bulunmaya yönelik davranışlar sosyal karşılaşmaların getirdiği neşe ve zenginlikle pekiştirilir ve artar. Araştırmalar, bu tür yaklaşımların aslında birçok bireye sosyal kaygı bozukluğunun üstesinden gelmeleri konusunda yardımcı olduğunu göstermektedir (Gregory ve Peters, 2017; Heimberg ve Magee, 2014).

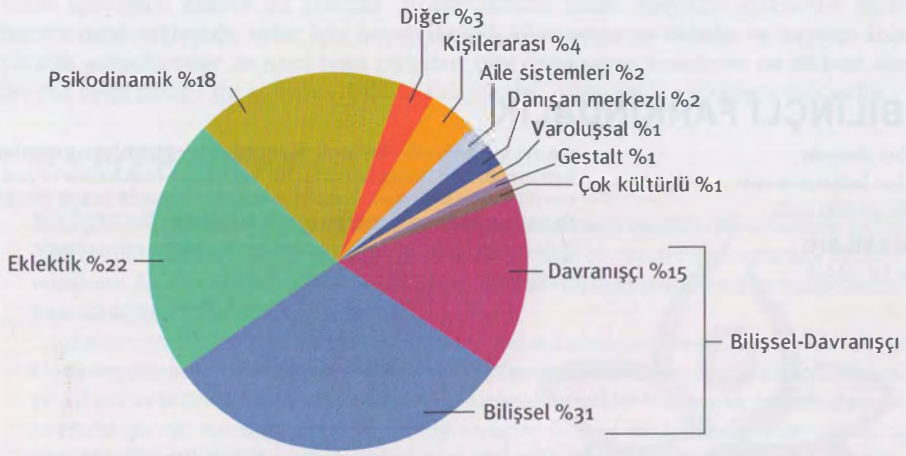
## #ÖzlüSözler

"Benim kuşağımın en büyük keşfi, insanların zihinsel tutumlarını değiştirerek hayatlarını değiştirebilmelerini görmeleridir."

William James (1842-1910)

## Bilişsel-Davranışçı Modelin Değerlendirilmesi

Bilişsel-davranışçı model, klinik uygulama alanında zaman içinde giderek güçlü hâle gelmiştir. Yıllar içinde çok çeşitli bilişsel ve davranışçı kuram ve bu kuramlar temelinde birçok tedavi tekniği geliştirilmiştir. **Şekil 2-3**'te görebileceğiniz gibi günümüzde klinik psikologların neredeyse yarısı tedavide temel aldıkları yaklaşımın bilişsel ve /veya davranışçı yaklaşımlar olduğunu bildirmektedir (Prochaska ve Norcross, 2018).




ŞEKİL 2-3

**Günümüzde Klinik Psikologların Kuramsal Yönelimleri**

Anketlerde klinik psikologların %22'si benimsedikleri yaklaşımı "eklektik", %46'sı "bilişsel" ve/veya "davranışçı" ve %18'i "psikodinamik" olarak nitelendirmiştir. (Bilgi kaynağı: Prochaska ve Norcross, 2018).

Bilişsel-davranışçı modelin büyük ilgi görmesinin bir nedeni psikodinamik modelin aksine bilimsel olarak laboratuvar ortamında test edilebilmesidir. Modelin uyaran, tepki, ödül, tutum ve yorumlama gibi temel kavramlarının çoğu gözlemlenebilir veya en azından ölçülebilir. Dahası araştırmacılar, psikolojik bozukluğu olan kişilerin genellikle bilişsel-davranışçı kuramcıların öngörebileceği düşünme biçimindeki tepkileri, varsayımları ve hataları sergilediklerini bildirmektedir (Kube ve diğ., 2018).

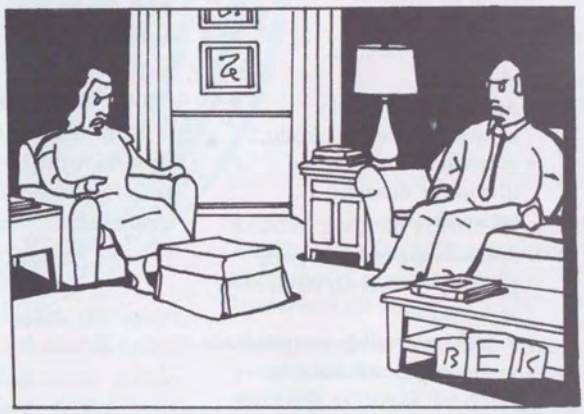
Bu modelin popülerlik kazanmasının bir başka nedeni de bilişsel-davranışçı terapilere yönelik etkileyici bir şekilde çok sayıda araştırma yapılmasıdır. Hem laboratuvar ortamında gerçekleştirilen araştırmalarla hem de gerçek hayattaki uygulamalarla kaygı bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, zihinsel yetersizlik ve diğer sorunlara sahip birçok insana bu modelin oldukça yardımcı olduğu kanıtlanmıştır (Reavell ve diğ., 2018; Dobson ve Dobson, 2017).

Bunların yanı sıra bilişsel-davranışçı modelin de bazı kısıtlılıkları söz konusudur. İlk olarak işlevsel olmayan davranışlar ve bilişsel süreçlerdeki bozulmalar birçok psikolojik bozuklukta görülse de bunların bozuklukların işleyişindeki rolü henüz kesinlik kazanmamıştır. Psikolojik bozukluğu olan kişilerde görülen bu tür sorunlu davranışlar ve bilişler, yaşadıkları güçlüklerin bir nedeni olmaktan çok bir sonucu olabilir. İkinci olarak bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı açık bir şekilde birçok kişiye yardımcı olsa da herkese yardımcı olamamaktadır. Araştırmalar, aslında danışanların olumsuz düşüncelerinden ve yanlı yorumlamalarından tamamen kurtulmalarının her zaman mümkün olmadığını göstermektedir (Sharf, 2015).

Bu tür kısıtlılıklara bir yanıt olarak son yıllarda *yeni dalga bilişsel-davranışçı terapiler* olarak da adlandırılan yeni bir terapi kümesi ortaya çıkmıştır. Giderek daha fazla yaygınlaşmaya başlayan *kabul ve adanmışlık terapisi (KAT)* de dâhil olmak üzere bu yeni yaklaşımlar, danışanların sorunlu düşüncelerine yargılayıcı bir şekilde yaklaşmaları, onlara göre hareket etmeleri veya sonuç alamadıkları halde onları değiştirmek için çabalamaya devam etmeleri yerine onları *kabul* etmelerine yardımcı olur (Gonzalez-Fernandez ve diğ., 2018; Hayes, 2016). Bu yaklaşımla danışanların bu tür düşünceleri sadece birer düşünce olarak kabul ederek bu düşüncelerin onları rahatsız etmeden farkındalıklarından geçmelerine izin vermelerini sağlamak hedeflenmektedir.

Bölüm 4'te de göreceğiniz gibi KAT ve diğer benzer yaklaşımlarda danışanların böyle bir kabulü gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için genellikle *bilinçli farkındalık temelli* teknikler de kullanılmaktadır. Bu teknikler, ağırlıklı olarak insanlara meditasyon sırasında zihinlerinden akan düşünce ve duygulara dikkat etmelerini ve bu tür düşünceleri yargılamadan kabul etmelerini öğreten, *bilinçli farkındalık meditasyonu* adı verilen bir meditasyon türünden temel alır (bk. bir sonraki sayfada yer alan *Bilgi Merkezi*). Araştırmalar KAT ve diğer bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların, diğer sorunların yanı sıra kaygı ve depresyon tedavisinde de oldukça yararlı olduğunu göstermektedir (Walsh, 2019; Gonzalez-Fernandez ve diğ., 2018).

Son olarak bilişsel-davranışçı modelin bir diğer kısıtlılığı, belirli alanlarda geniş bir bakış açısı sunma konusunda yetersiz kalmasıdır. Davranış ve biliş açık bir şekilde yaşamın anahtar boyutları olsa da bu boyutlar



Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Sakın benimle o düşünce tonunda konuşma."*

# BİLİNÇLİ FARKINDALIK

Son on yıllık süreçte **bilinçli farkındalık**, psikoloji alanında oldukça yaygın bir şekilde kullanılan terimlerden biri haline gelmiştir. Bilinçli farkındalık, farkında olarak ve yargılamadan şimdiki anda olmayı içermektedir. **Bilinçli farkındalık eğitim programları** kapsamında ağrı, kaygı bozuklukları ve depresif bozuklukların yanı sıra diğer bazı psikolojik sorunların tedavisine yönelik olarak bilinçli farkındalık meditasyonu teknikleri kullanılmaktadır.

## BİLİNÇLİ FARKINDALIK EĞİTİM PROGRAMLARI

- Şimdiki anda farkında olarak, yargılayıcı olmayan bir dikkat durumuna ulaşmak

dikkati beden **duyumlarına** verme
dikkati nefes **alma hissine** verme
dikkati zihinde istem dışı **gezinen** ve zihni meşgul eden **düşüncelere** verme
basit **yoga**
ev **ödevleri**
(alıştırma yapma ve **günlük** tutma)

8 haftalık eğitim

(Ackerman, 2017; Creswell, 2017; Winston, 2016; Noonan, 2014; Russell, 2014)

- Aşağıdaki bozuklukların tedavisine yardımcı olmak:

**ağrı** durumları
TSSB ve diğer **stres** bozuklukları
**depresif** bozukluklar
**astım**
**madde kullanım** bozuklukları
**sınırda (borderline)** kişilik bozukluğu

(Creswell, 2017; Schmidtman ve diğ., 2017; Barners ve diğ., 2016; Soler ve diğ., 201; Wieczner, 2016)

- Aşağıdaki bozuklukladaki görülen kaygıyı azaltmaya yardımcı olmak...

yaygın **kaygı** bozukluğu
sosyal **kaygı** bozukluğu
**panik** bozukluk
sınav **kaygısı**
hastalık **kaygısı**
daygı ile birlikte seyreden **depresif** bozukluk

(Creswell, 2017; Hoge ve diğ., 2017; Dundas ve diğ., 2016; Kim ve diğ., 2016; Surawy ve diğ., 2015)

Bilinçli farkındalığa yönelik akıllı telefon uygulamalarının sayısı **1,000**

Kuzey Amerika'da bilinçli farkındalık eğitimi veren tıp fakültelerinin sayısı **>120**

ABD'li yetişkinlerin her yıl bilinçli farkındalık programlarına harcadıkları tahmini miktar **yaklaşık 8 milyar dolar**

### İnsanlar Neden Bilinçli Farkındalığın Peşindedir?

"Cep telefonları, mesajlaşma, sosyal ağ kullanımı, e-mail gönderme, vb., beni yaptığım şeyden kolayca uzaklaştırır."

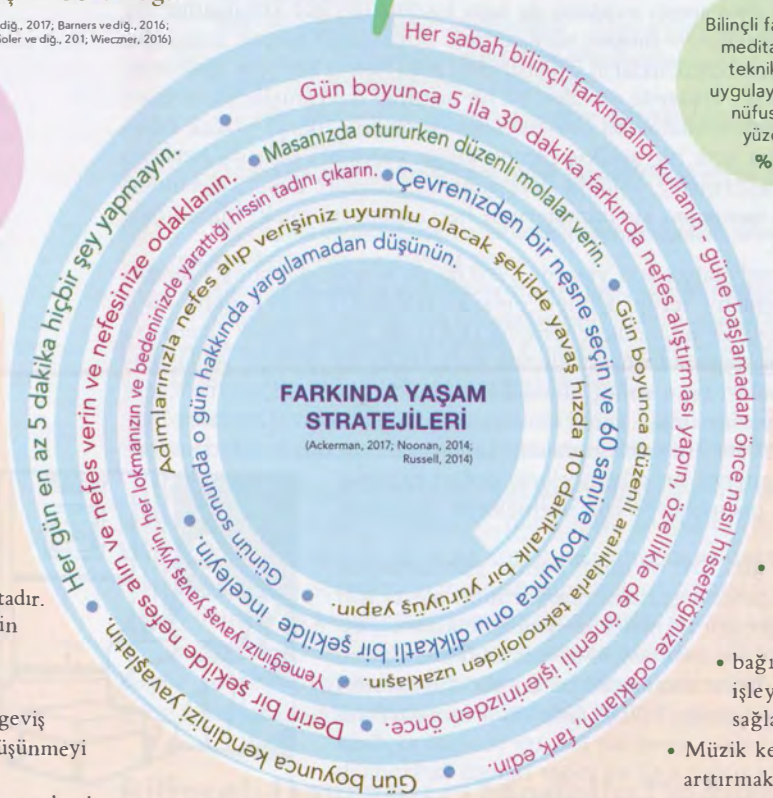



(Gray, 2017; Palley, 2014)

Bilinçli farkındalık meditasyonu tekniklerini uygulayan ABD nüfusunun yüzdesi **%10**

Bilinçli farkındalık eğitimi sunan işverenlerin yüzdesi **%33**

(NIH, 2016; Weiczner, 2016; Brewer, 2014; Marchand, 2014; Noonan, 2014; Pickert, 2014)




## BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN ETKİSİNİ DESTEKLEYEN ARAŞTIRMALAR

**Görünen o ki bilinçli farkındalık**

- kaygı ve ilişkili duyguları kontrol edebilmeye yardımcı olmaktadır
- daha huzurlu bir uyku uyuyabilmeyi sağlamaktadır.
- otonom sinir sisteminin işleyişinde düzelme sağlamaktadır.
- ruminasyonu (zihinsel geviş getirme) ve olumsuz düşünmeyi azaltmaktadır.
- mesleki işlevselliği arttırmaktadır.
- stres düzeyini azaltmaktadır.
- stresli bir durumda karar verebilme becerisini geliştirmektedir.
- dikkati arttırmaktadır.
- sözel akıl yürütmeyi ve çalışma belleğini geliştirmektedir.
- bağışıklık sisteminin işleyişinde düzelme sağlamaktadır.
- Müzik keyfini ve deneyimini arttırmaktadır.
- yaşlı insanlarda yalnızlık duygusunu azaltmaktadır.

(Creswell, 2017; Hoge ve diğ., 2017; Tang ve Braya, 2017; WSchmidtman ve diğ., 2017; Noonan, 2014)

insan işleyişinin sadece iki yönünü yansıtmaktadır. İnsan işleyişini açıklarken insanların hayata nasıl yaklaştığı, onlar için hayatı değerli kılan şeyin ne olduğu ve hayatın anlamına yönelik sorgulamalar ile nasıl başa çıktıkları gibi daha geniş konuların da dikkate alınması önemli değil midir? Bu konuları dikkate alan model, hümanistik-varoluşçu modeldir.

## ...ÖZETLE

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI MODEL** Bilişsel-davranışçı modelin savunucuları, psikolojik bozuklukları açıklamak ve tedavi etmek için işlevsel olmayan davranışlara ve bilişlere odaklanır. Bu modelin savunucularının büyük bir bölümü uygulamalarına hem davranışsal hem de bilişsel boyutları dahil ederler.

Davranışçı modeli savunanlar, normal veya işlevsel olmayan davranışları açıklamak için klasik koşullanma, model alma ve edimsel koşullanma olmak üzere üç koşullanma türünü temel alır ve tedavide koşullanma ilkelerine dayanan teknikler kullanarak sorunlu davranışları daha işlevsel davranışlarla değiştirmeyi amaçlar. Bilişsel modeli savunanlar ise anormal işleyişi açıklamak için işlevsel olmayan varsayımlar ve mantık dışı düşünme süreçleri gibi bilişsel sorunlara işaret eder; tedavi sürecinde danışanların bu sorunlu düşünme biçimlerini fark etmelerine, sorgulamalarına ve değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar.

Geleneksel bilişsel-davranışçı yaklaşımlara ek olarak kabul ve adanmışlık terapisi (KAT) gibi yeni dalga bilişsel-davranışçı terapiler, danışanlara sorunlu düşüncelerinin çoğunun farkında olmalarını ve onları kabul etmelerini öğretmeyi amaçlar.

## #Zihinde Gezinen Düşünceler

Ortalama olarak günün neredeyse yarısında zihniniz o an yapıtğınız işlerden uzaklaşır ve aklınızdan çeşitli düşünceler geçmeye başlar (Killingsworth, 2013; Killingsworth ve Gilbert, 2010).

# Hümanistik-Varoluşçu Model

Philip Berman, psikolojik çatışmalarının, öğrenilmiş davranışlarının veya bilişlerinin toplamından daha fazlasıdır. O aynı zamanda bir insan olarak öz farkındalık, güçlü değerler, yaşamda anlam arayışı ve seçim özgürlüğü gibi felsefi amaçların peşinden gitme yetisine de sahiptir. Hümanistik ve varoluşçu kuramcılara göre, Philip'in sorunları ancak bu tür karmaşık amaçlar ışığında anlaşılabilir. Hümanistik ve varoluşçu kuramcılar, insan varoluşunun bu daha geniş boyutlarına odaklandıkları için sıklıkla ve ortak görüşler çerçevesinde *hümanistik-varoluşçu model* olarak bilinen yaklaşımı benimserler. Aynı zamanda bu kuramcıların görüşleri arasında bazı farklılıklar da vardır.

Bu iki grup arasında daha iyimser taraf olan *hümanistler*, insanların dost canlısı, iş birlikçi ve yapıcı olmaya yönelik doğal bir eğilimle doğduğuna inanırlar. Bu kuramcılar insanların **kendini gerçekleştirme** yani sahip oldukları iyilik ve büyüme potansiyelini ortaya koyma eğiliminde olduklarını ileri sürmektedir. Ancak bunu güçlü özelliklerini olduğu kadar zayıf özelliklerinin de dürüstçe farkına varırlarsa ve kabul ederlerse ve yaşamak için tatmin edici kişisel değerler oluştururlarsa yapabilirler. Hümanistler ayrıca kendini gerçekleştirmenin doğal olarak başkalarının refahını önemsemeye ve sevgi dolu, cesur, kendiliğinden ve bağımsız davranışlar sergilemeye zemin hazırladığını öne sürmektedir (Maslow, 1970).

Varoluşçular ise insanların psikolojik iyilik hâline ulaşmak için kendileri hakkında doğru bir farkındalığa sahip olmaları ve hayatı anlamlı bir şekilde yaşamaları -ki onlar bunu "otantik (gerçek, özgün)" olarak adlandırmaktadır- gerektiği konusunda hümanistlerle aynı fikirdedir. Fakat bu kuramcılar, insanların doğal olarak olumlu yaşamaya eğilimli olduklarına inanmamaktadır. Varoluşçular doğduğumuz andan itibaren ya varlığımızla yüzleşmek ve hayatımıza bir anlam katabilmek ya da bu sorumluluktan kurtulmak arasında seçim yapmak için tam bir özgürlüğe sahip olduğumuza inanmaktadır. Sorumluluktan ve seçme özgürlüğünden "saklanmayı" seçenler, kendilerini çaresiz olarak görebilir ve sonuç olarak boş, gerçek dışı ve işlevsel olmayan hayatlar yaşayabilir.

Hümanistik ve varoluşçu kuramların her ikisinin de anormalliğe ilişkin görüşleri 1940'lara kadar uzanmaktadır. Genellikle hümanistik bakış açısının öncüsü olarak kabul edilen Carl Rogers (1902-1987), aralarında psikodinamik terapi yaklaşımının günümüzde kullanılan teknikleriyle keskin bir şekilde tezatlık bulunan, sıcak ve destekleyici bir yaklaşım olan **danışan merkezli terapi** yaklaşımını geliştirmiştir. Ayrıca mantık dışı içgüdülere ve çatışmalara çok az önem veren bir kişilik kuramı önermiştir.

**kendini gerçekleştirme** İnsanların sahip oldukları iyilik ve büyüme potansiyelini ortaya koydukları hümanistik bir süreç.

**danışan merkezli terapi** Klinisyenlerin kabulü, doğru empatiyi ve gerçekliği aktararak danışanlarına yardım etmeye çalıştıkları Carl Rogers tarafından geliştirilen hümanistik terapi.

Varoluşçu yaklaşımın kişilik ve anormallik hakkındaki görüşleri aynı dönemde ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımın ilkelerinin çoğu, insanların eylemleriyle varoluşunu sürekli olarak tanımladığını ve dolayısıyla varoluşuna bir anlam yüklediğini savunan on dokuzuncu yüzyılda Avrupa'da yaşayan Avrupalı varoluşçu filozofların fikirlerinden temel almıştır (Schneider ve Krug, 2017; Cooper, 2016).

Hümanistik ve varoluşçu kuramlar ve bu kuramların canlandırıcı çıkarımları, Batı toplumunda kayda değer bir şekilde bireyin kendisini motive edecek şeylerin arayışında olduğu ve büyük sosyal değişimlerin oldukça fazla yaşandığı 1960'lar ve 1970'lerde son derece popülerdi. Bu kuramlar zamanla popülerliklerinin bir kısmını kaybetmiş olsa da günümüzde hala birçok klinisyenin fikirlerini ve uygulamalarını etkilemeye devam etmektedir. Özellikle hümanistik yaklaşımın ilkelerine, Bölüm 1'de de göreceğiniz gibi son yıllarda büyük ivme kazanan bir psikoloji alanı olan pozitif psikolojide (bireyin pozitif duygularının, özelliklerinin, yeteneklerinin ve erdemlerinin incelenmesi ve iyileştirilmesi) rastlanmaktadır (bk. sayfa 16).




Rick Eglinton/Getty Images

**Kendini gerçekleştirmek** Hümanistler, kendini gerçekleştirmiş insanların, pek çok olumlu niteliklerinin arasında başkalarını önemsemek de olduğunu öne sürmektedir. Birçoğu gönüllü olarak çalışmaktadır. Örneğin, dünya çapında bir kampanya olan Sarılmak Bedava (Free Hugs) Projesi'nde çalışan gönüllüler bu proje kapsamında, hızlı bir rahatlamaya ihtiyacı olduğunu düşündükleri yoldan geçen kişileri kucaklıyor.

## Rogers'ın Hümanistik Kuramı ve Terapisi

Carl Rogers'a göre işlev bozukluğuna doğru giden yolculuk daha bebeklik döneminde başlamaktadır (Raskin, Rogers ve Witty, 2019; Rogers, 1987, 1951). Hepimizin hayatımızdaki önemli insanlardan (öncelikle de ebeveynlerimizden) *olumlu kabul* görmeye ihtiyacımız vardır. Yaşamın erken dönemlerinde *koşulsuz* (yani yargılayıcı olmayan) *olumlu kabul* görenlerin *koşulsuz kendini kabul* geliştirmeleri muhtemeldir. Yani mükemmel olmadıklarını kabul etseler bile bir insan olarak değerli olduklarının farkına varırlar.

Ne yazık ki bazı çocuklara sürekli olarak olumlu kabulü hak etmedikleri hissettirilir. Bunun bir sonucu olarak, yalnızca belirli kurallara uyduklarında sevilebilir ve kabul edilebilir oldukları mesajını veren ve *değer görmeyi sağlayan bazı koşullar*, standartlar edinirler. Bu insanların olumlu kabulü sürdürebilmeleri; kendilerini seçici bir şekilde değerlendirmelerini, değer görmelerini sağlayacak olan koşulları sağlamayan düşünce ve eylemleri inkâr etmelerini veya çarpıtmalarını gerektirir. Böylelikle kendileri ve deneyimleri hakkında çarpıtılmış bir bakış açısı edinirler. Gerçekten ne hissettiklerini, neye ihtiyaç duyduklarını veya onlar için hangi değerlerin ve amaçların anlamlı olacağını bilemezler. İşte tüm bu nedenlerle böyle insanların işlevselliklerinde bozulmalar olması kaçınılmazdır.

Örneğin Rogers Philip Berman'ı yanlış yola sapmış bir adam olarak nitelendirebilirdi. Philip Berman olumlu bir insan olma potansiyelini gerçekleştirmek için çabalamak yerine bir işten diğer bir işe ve bir ilişkiden bir diğerine doğru sürüklenmektedir. İnsanlarla girdiği her etkileşimde kendini savunmaya ihtiyaç duymakta, olayları kabullenebileceği şekilde yorumlamaya çalışmakta, genellikle yaşadığı sorunlardan diğer insanları sorumlu tutmaktadır. Bununla birlikte onun temel olumsuz benlik imajı sürekli olarak kendini göstermektedir. Rogers, bu sorunu büyük bir ihtimalle, Philip'in çocukluğu boyunca annesinin ona karşı sergilediği kritik davranışlarla ilişkilendirecekti.

Rogers'ın danışan merkezli terapisini uygulayan klinisyenler, danışanlarının kendilerine dürüst ve anlayışlı bir şekilde bakabileceklerini hissettikleri destekleyici bir ortam oluşturmaya çalışırlar (Raskin ve diğ., 2019). Bu yaklaşımı uygulayan bir terapist, terapi boyunca üç önemli özelliği göstermelidir: *koşulsuz olumlu kabul* (danışanın tümüyle ve içten bir şekilde kabulü), *doğru empati* (iyi bir dinleme ve danışanın söylediklerini başka sözcüklerle yeniden ifade etme becerisi) ve *içtenlik* (samimi iletişim). Aşağıdaki tipik bir vaka örneğinde terapist danışanda daha büyük bir öz farkındalık oluşturmak için tüm bu nitelikleri kullanmaktadır:

| | |
|---|---|
| Danışan: | *Evet, endişelenmemem gerektiğini biliyorum ama yine de endişeleniyorum. Pek çok şey için endişeleniyorum: para, insanlar, kıyafetler... Ders esnasında herkesin beni eleştirmek için bir fırsat kolladığını hissediyorum... Biriyle tanıştığımda benim hakkımda gerçekten ne düşündüğünü merak ediyorum. Daha sonra da benim hakkımda düşündüğü şeyin gerçekten benimle uyumlu olup olmadığını merak ediyorum.* |
| Terapist: | *Diğer insanların sizin hakkınızdaki fikirlerine oldukça duyarlı olduğunuzu hissediyorsunuz.* |
| Danışan: | *Evet, aslında ama bunlar, beni endişelendirmemesi gereken şeyler.* |
| Terapist: | *Bunların üzülmemeniz gereken türden şeyler olduğunu hissediyorsunuz ama yine de bunlar sizi oldukça endişelendiriyor.* |

Danışan: *Sadece bazılarının üzülmemem gereken şeyler olduğunu hissediyorum. Ama bunların çoğu beni endişelendiriyor çünkü doğru. Yani size anlattıklarım. Ama doğru olmayan birçok ufak şey de var... Bunlar içimde birikiyormuş gibi geliyor... Bu, tüm bu şeylerin içimde kalabalıklaştığı ve patlayacakları hissi gibi.*

Terapist: *Bunun biraz hayal kırıklığı ile bir tür baskı olduğunu ve her şeyin yönetilemez olduğunu hissediyorsunuz.*

Danışan: *Evet bir bakıma öyle ama bazı şeyler mantıksız geliyor. Korkarım bunda çok net değilim ama durum böyle.*

Terapist: *Sorun değil. Sadece ne düşündüğünüzü söylüyorsunuz.*

*(Snyder, 1947, s. 2–24)*

Böyle bir ortamda danışanların terapistleri tarafından kabul edilmiş olduklarını hissetmeleri beklenmektedir. Bu şekilde hissedebildiklerinde kendilerine dürüstçe ve kendilerini kabul ederek bakabilirler. Kendi duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına değer vermeye başlarlar. Böylece kendini gerçekleştirmeyi engelleyen güvensizliklerden ve şüphelerden kurtulurlar.

Danışan merkezli terapi konusundaki bilimsel araştırma alanında pek fazla başarı elde edilememiştir (Prochaska ve Norcross, 2018, 2013). Bazı araştırmalar, bu terapi yöntemi uygulanan katılımcıların bu yöntemi almayan katılımcılara göre daha fazla gelişme kaydettiğini gösterse de diğer birçok çalışmada böyle bir sonuca rastlanmamıştır. Araştırmaların aksine klinik uygulama alanında Rogers'ın terapisinin olumlu etikleri görülmüştür (Raskin ve diğ., 2019). Bu terapi yöntemi, psikodinamik terapinin ilk önemli alternatiflerinden biri olmuş ve klinik uygulama alanının yeni yaklaşımlara açılmasına katkı sağlamıştır. Rogers'ın ayrıca daha önce psikiyatristlere özel bir alan olarak kabul edilen psikoterapi uygulamaları alanında *psikologların* önünü açmaya da yardımcı olduğunu belirtmek gerekir ve klinik alandaki bilimsel araştırmaya olan bağlılığı, tedavi etkilerinin sistematik olarak incelenmesine de yardımcı olmuştur. Günümüzde klinik psikologların yaklaşık yüzde 2'si, sosyal hizmet uzmanlarının yüzde 1'i ve psikolojik danışmanların yüzde 3'ü danışan merkezli yaklaşımı kullandıklarını rapor etmektedir (Prochaska ve Norcross, 2018).

**gestalt terapi** Fritz Perls tarafından geliştirilen ve klinisyenlerin rol oynama ve kendini keşfetme alıştırmaları gibi tekniklerle danışanları aktif olarak kendini tanımaya ve kabul etmeye yönlendirdiği hümanistik terapi.

## Gestalt Kuramı ve Terapisi

Bir diğer hümanistik yaklaşım olan **Gestalt terapi**, 1950'lerde Frederick (Fritz) Perls (1893-1970) adlı etkileyici bir klinisyen tarafından geliştirilmiştir. Gestalt terapistleri, danışan merkezli terapistler gibi danışanlarını kendini tanımaya ve kabul etmeye doğru yönlendirir (Yontef ve Jacobs, 2019). Ancak danışan merkezli terapistlerin aksine, danışanlarına meydan okuyarak hatta onları hayal kırıklığına uğratarak, terapi seansları sırasında *şimdi ve burada* kalmalarını isteyerek ve onları gerçek duygularını kucaklamaya zorlayarak bu hedefe ulaşmaya çalışırlar.

Örneğin Gestalt terapistleri sıklıkla danışanların çeşitli rolleri canlandırmalarını içeren *rol yapma tekniğini* kullanır. Bu yöntemde danışana başka bir kişi, bir nesne, alternatif bir benlik veya hatta vücudun bir parçası rolüne bürünmesi söylenebilir. Gestalt terapide kullanılan rol yapma tekniği, insanların duygularını tam anlamıyla ifade etmesini teşvik etmeyi içerdiğinden duygu-yoğun bir hâle bürünebilir. Birçok danışan rol oynama sırasında ağlar, çığlık atar, bir yerlere tekme atar veya vurur. Bu deneyim sayesinde daha önce kendilerini rahatsız eden duyguları "sahiplenebilirler" (kabul edebilirler). Klinik psikologların ve diğer türdeki klinisyenlerin yaklaşık yüzde 1'i kendilerini Gestalt terapisti olarak tanımlamaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018).



AP Photo/The Daily Telegram, Lad Strayer

**Hüznü yenmek** Gestalt terapistleri genellikle danışanlarına, yastıkları yumruklayarak, ağlayarak, bir şeyleri tekmeleyerek veya bir şeylere vurarak ihtiyaçlarını ve duygularını tam olarak ve yoğun bir şekilde ifade etmeleri için rehberlik eder. Bu tekniklerden temel alan ve yeni bir yaklaşım olan *davul terapisi*, travmatik anıların serbest bırakılmasına, inançların değiştirilmesine ve daha özgür hissetmeye yardımcı olmak için, bu kadına da öğretildiği gibi, danışanlara davulların nasıl çalınacağını öğretir.

Gestalt terapisinin savunucuları, öznel deneyimlerin ve öz farkındalığın nesnel olarak ölçülemeyeceğine inandıkları için bu yaklaşımın etkisine yönelik kontrollü araştırmalar yapmayı genellikle tercih etmezler (Yontef ve Jacobs, 2019).

## Maneviyat ve Müdahaleler

Yirminci yüzyılın büyük bir bölümünde klinik bilimciler dini ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisi olan ya da en iyi ihtimalle de hiçbir etkisi olmayan bir etken olarak görmüşlerdir. Örneğin 1900'lerin başlarında Freud, dinî inançların "insanın çaresizliğini kabullenme ve buna katlanabilme ihtiyacından doğan" bir tür savunma mekanizması olduğunu savunmuştur (1961, s. 23). Dine dair bu olumsuz bakış açısı artık son buluyor gibi görünmektedir. Geçtiğimiz on yıl boyunca manevi sorunları klinik tedavide ele almaya yönelik birçok makale ile kitap yayımlanmış; psikologların, psikiyatristlerin ve danışmanların etik kodlarında, din ruh sağlığı uzmanlarının saygı duyması gereken bir çeşitlilik türü olarak tanımlanmıştır. (APA, 2017, 2010).

Araştırmacılar, aslında maneviyatın psikolojik sağlıkla ilişkili olduğunu öğrenmişlerdir. Araştırmalarda özellikle dindar ve Tanrı'yı sıcak, şefkatli, yardımsever ve güvenilir olarak gören insanların ruh sağlığı incelenmiştir. Bu araştırmalarda birçok kez, bu bireylerin herhangi bir dini inancı olmayan veya Tanrı'yı soğuk ve tepkisiz olarak gören insanlardan daha az yalnız, karamsar, depresif veya endişeli olduğu görülmüştür (Kucharska, 2017; Steffen, Maters ve Baldwin, 2017). Bu tür insanlar aynı zamanda hastalıktan savaşa kadar yaşamdaki büyük stres etkenleriyle daha iyi başa çıkmakta ve daha az oranda intihara teşebbüs etmektedir. Ayrıca bu tür insanların maddeyi kötüye kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

**Maneviyat ve ruh sağlığı arasındaki ilişki hakkında ne tür açıklamalar yapılabilir?**



AP Photo/John Amis

**Maneviyat ve bilim** Birkaç yıl önce Tibet'in ruhani lideri Dalai Lama (sağda), psikiyatri profesörü Zindel Segal (solda) ve diğer ruh sağlığı araştırmacılarıyla bilim, ruh sağlığı ve maneviyat arasındaki olası bağları inceleyen bir konferansta bir araya gelmiştir.

Bu tür korelasyonlar (iki değişken arasındaki ilişkiler) tam olarak maneviyatın ruh sağlığına olumlu katkıları olduğunu gösterir mi? Aslında hayır. Bölüm 1'den de hatırlayacağınız gibi korelasyonlar nedenselliğin bir göstergesi değildir. Örneğin iyimserlik duygusu maneviyatın daha çok gelişmesine yol açar ve bundan bağımsız olarak ruh sağlığının daha iyi olmasına katkıda bulunabilir. Bu ilişki tam anlamıyla ortaya konmamış olsa da günümüzde birçok terapist dindar danışanlarının tedavi sürecine manevi konuları da dâhil etmeye özen göstermekte ve bazı terapistler, yaşamlarında hâlihazırda var olan stres etkenleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için danışanlarını kendi manevi kaynaklarını kullanmaya teşvik etmektedir (Barnett, 2018; McClinktok, Lau ve Miller, 2016). Benzer şekilde bazı dinî kurumlar, üyelerine danışmanlık hizmeti sunmaktadır.

## Varoluşçu Kuram ve Terapi

Hümanistler gibi varoluşçular da psikolojik bozuklukların kendini aldatmaktan kaynaklandığına inanırlar ancak varoluşçular, insanların hayatın sorumluluklarından saklandıkları ve hayatlarına anlam katmanın kendilerine bağlı olduğunu fark edemedikleri türde bir kendini aldatmadan bahsetmektedir. Varoluşçulara göre birçok insan günümüz toplumunun baskılarından aşırı düzeyde etkilenmekte ve bu nedenle başkalarından gelecek açıklamalara, rehberliğe ve otoriteye ihtiyaç duymaktadır. Seçim yapma özgürlüklerinin olduğunu görmezden gelmekte ve hayatlarının ve kararlarının sorumluluğundan kaçmaktadır (Yalom ve Josselson, 2019; Cooper, 2016). Böyle insanlar boş, gerçek olmayan bir hayatla baş başa kalır. Baskın duyguları kaygı, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, yabancılaşma ve depresyondur.

Varoluşçular, Philip Berman'ı toplumsal baskılar nedeniyle bunalmış bir adam olarak görebilirdi. Philip ebeveynlerini "zengin, güçlü ve bencil" olarak görmekte ve öğretmenlerini, tanıdıklarını ve işverenlerini baskıcı olarak algılamaktadır. Kendi seçimlerine ve hayatta bir anlam bulma ve amaç belirleme kapasitesine değer vermemektedir. Bir şeyleri yarıda bırakmak onun için bir alışkanlığa dönüşmüştür -sürekli işini bırakmakta, romantik ilişkilerini bitirmekte ve zor durumlardan kaçınmaktadır.

Varoluşçu terapide insanlar kendi yaşamlarının ve sorunlarının sorumluluğunu alınaları için cesaretlendirilir. Bu terapi yaklaşımını uygulayan terapistler, danışanlarının özgürlüklerini fark etmelerine yardımcı olmaya çalışır, böylece kendileri için farklı bir yol seçebilir ve hayatlarına daha büyük bir anlam katabilirler (Yalom ve Josselson, 2019; Schneider ve Krug, 2017). Varoluşçu terapide hangi tekniklerin ağırlıklı olarak kullanılacağı klinisyenden klinisyene değişiklik göstermektedir. Aynı zamanda varoluşçu terapistlerin çoğu, terapist ve danışan arasındaki *ilişkiye* büyük önem verir ve dürüstlük, yoğun çalışma ve paylaşılan öğrenme ve büyüme ile belirgin bir ortam yaratmaya çalışır.

**varoluşçu terapi** Danışanları, yaşamlarının sorumluluğunu üstlenmeye ve yaşamlarına daha büyük anlam ve değer katmaya teşvik eden bir terapi yöntemi.

Danışan: *Neden hâlâ buraya gelmeye devam ettiğimi bilmiyorum. Tek yaptığım size aynı şeyi defalarca anlatmak. Bu şekilde hiçbir yere varamıyorum.*
Hekim: *Ben de aynı şeyi defalarca duymaktan yoruluyorum.*
Danışan: *Belki de artık buraya gelmeyi bırakmalıyım.*
Hekim: *Bu tamamen sizin seçiminiz.*
Danışan: *Sizce ne yapmalıyım?*
Hekim: *Siz ne yapmak istiyorsunuz?*
Hekim: *Sizi suçlamıyorum.*
Danışan: *Eğer kalmam gerektiğini düşünüyorsanız tamam, kalacağım.*
Hekim: *Size kalmanız gerektiğini mi söylememi istiyorsunuz?*
Danışan: *En iyisinin ne olacağını siz bilirsiniz, siz hekimsiniz.*
Hekim: *Şu an bir hekim gibi mi davranıyorum?*

*(Keen, 1970, s. 200)*

Varoluşçu terapistler, deneysel yöntemlerin tedavilerinin etkililiğini tam anlamıyla test edebileceğine inanmazlar. Onlara göre bilimsel araştırma, bireyleri test ölçümlerine indirgeyerek insanlıktan çıkarır. Bu noktada bu yaklaşımın etkililiğine dair çok az sayıda kontrollü araştırma yapılmış olması şaşırtıcı değildir (Yalom ve Josselson, 2019; Schneider ve Krug, 2017). Bununla birlikte günümüzde klinik psikologların yaklaşık yüzde 1'i uygulama alanında öncelikli olarak varoluşçu yaklaşımı kullanmaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018).

## Hümanistik-Varoluşçu Modelin Değerlendirilmesi

Hümanist-varoluşçu model, klinik uygulama alanının içinde olan ya da olmayan birçok insana hitap eden bir modeldir. Hümanist ve varoluşçu kuramcılar insan varoluşunun özel zorluklarını kabul ederken diğer modellerde tipik olarak eksik olan psikolojik yaşamın bir yönünden yararlanırlar. Dahası, etkili bir işlevsellik için gerekli olduğunu söyledikleri etkenler -kendini kabul etme, kişisel değerler, kişisel anlam ve kişisel seçim- psikolojik rahatsızlıkları olan birçok insanda kesinlikle eksiktir.

Hümanistik-varoluşçu modelin iyimser bir bakış açısı sunması bu modele bir çekicilik de katmaktadır. Böyle bir iyimserlik, *pozitif psikolojinin* amaç ve ilkeleriyle oldukça uyumludur (bk. Sayfa 16) (Rashid ve Seligman, 2019). Hümanistik-varoluşçu modelin ilkelerini benimseyen kuramcılar, geçmişte yaşanmış ve şimdi yaşanan olaylara rağmen kendi seçimlerimizi yapabileceğimizi, kendi kaderimizi belirleyebileceğimizi ve çok şey başarabileceğimizi iddia ettiklerinde büyük bir umut vermektelerdir. Modelin bir başka çekici özelliği de sağlık üzerindeki vurgusudur. Bireyleri psikolojik hastalıkları olan hastalar şeklinde gören diğer bazı modelleri benimsemiş klinisyenlerin aksine hümanistler ve varoluşçular o insanları sadece potansiyellerini henüz gerçekleştirmemiş kişiler olarak görmektelerdir.

Aynı zamanda, hümanistik-varoluşçu modelin insanın içindeki potansiyeli kullanamaması ile ilgili soyut bazı sorunlara odaklanması, bilimsel bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde büyük bir soruna yol açmaktadır: bu konuları araştırmak zordur. Aslında önerdiği kavramları ve etkisini özenle araştırmaya çalışan Rogers'ın bu dikkate değer çabası dışında "Hümanistler ve varoluşçular geleneksel olarak araştırma yöntemlerini kullanmayı reddettiler." diyebiliriz. Bu araştırma karşıtı duruş ise günümüzde bazı hümanistik ve varoluşçu araştırmacılar arasında değişmeye başlıyor -ki bu, önümüzdeki yıllarda bu modelin yararları hakkında önemli bir kavrayışa yol açabilecek bir değişikliktir (Vos ve Vitali, 2018; Schneider ve Krug, 2017).

### #CömertDavranışlar

| | |
|---|---|
| %83 | Her yıl hayır amaçlı katkılarda bulunan yetişkin Amerikalıların yüzdesi |
| %32 | Dinî kuruluşlara hayırseverlerin yaptığı bağışların yüzdesi |
| %68 | Eğitim, insan hizmetleri, sağlık ve sanata yönelik bağışların yüzdesi |
| %27 | Her yıl gönüllü olarak çalışan yetişkin Amerikalıların yüzdesi |

(Bilgi kaynağı: NPT, 2017; Gallup, 2013)

## #ÖzlüSözler

"İnsanların senin söylediklerini ve yaptıklarını unutacaklarını ama onlara nasıl hissettirdiğini asla unutmayacaklarını öğrendim."

Maya Angelou

## ÖZETLE

**HÜMANİSTİK-VAROLUŞÇU MODEL** Hümanistik-varoluşçu model insanın öz farkındalık, değerler, anlam ve seçim gibi felsefi konularla başarılı bir şekilde başa çıkma ihtiyacına odaklanır.

Hümanistler, insanların kendilerini gerçekleştirme eğiliminde olduğuna inanmaktadır. Bunun engellenmesi anormal davranışlara neden olabilir. Bir grup hümanist terapist, danışan merkezli terapist, insanların kendilerine dürüstçe ve kabulle bakabildikleri, bu şekilde kendilerini gerçekleştirmeye doğru giden o kapıyı açabilecekleri çok destekleyici bir terapi ortamı yaratmaya çalışırlar. Başka bir grup olan gestalt terapistleri ise insanların ihtiyaçlarını tanımasına ve kabul etmesine yardımcı olmak için daha aktif teknikler kullanır. Son zamanlarda ruh sağlığı konusunda ve tedavi alanında önemli bir etken olarak dinin rolü araştırmacıların ve klinisyenlerin dikkatini çekmektedir.

Varoluşçulara göre anormal davranış, hayatın sorumluluklarından saklanmaktan kaynaklanmaktadır. Varoluşçu terapistler, insanları yaşamları için sorumluluk almaya ve bu sorumlulukları kabul etmeye, farklı bir yol seçme özgürlüklerini tanımaya ve hayatlarına daha büyük bir anlam katarak yaşamayı seçmeye teşvik eder.

# Sosyokültürel Model: Aile-Sosyal ve Çok Kültürlü Bakış Açıları

Philip Berman aynı zamanda sosyal ve kültürel bir varlıktır. İnsanlarla ve kurumlarla çevrilidir, bir aile ve kültürel bir grubun üyesidir, sosyal ilişkiler kurmaktadır ve birtakım kültürel değerlere sahiptir. Bu tür güçler her zaman Philip'e etki eder, ona rehberlik eden veya üzerinde baskı oluşturan kurallar ve beklentiler tanımlar, davranışlarını, düşüncelerini ve duygularını şekillendirmeye yardımcı olur.

Sosyokültürel modele göre, anormal davranış en iyi, bir kişiyi etkileyen bu güçlerin ışığında anlaşılabilir. Bireyin yaşadığı toplumun ve kültürün normları nelerdir? Kişi sosyal ortamda hangi rolleri oynar? Kişi nasıl bir aile yapısı ve kültürel geçmişin bir parçasıdır? Diğer insanlar onu nasıl görür ve ona nasıl tepki verir? Aslında sosyokültürel model iki ana bakış açısından oluşmaktadır: *aile-sosyal bakış açısı* ve *çok kültürlü bakış açısı*.

## Aile-Sosyal Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar?

Aile-sosyal bakış açısının savunucuları, klinik alandaki kuramcıların, bir bireyin yaşamı boyunca ona *doğrudan* etki eden güçler yani aile ilişkileri, sosyal etkileşimler ve toplumsal olaylar üzerinde yoğunlaşması gerektiğini savunurlar. Bu tür güçlerin hem normal hem de anormal davranışları açıklamaya yardımcı olduğuna inanırlar ve üç tür etkene özellikle dikkat ederler: *sosyal etiketler ve roller*, *sosyal ağlar* ve *aile yapısı ve iletişim*.

**Sosyal Etiketler ve Roller** Psikolojik sorunu olan insanlara verilen etiketler ve atanan roller yaşanan sorunu büyük ölçüde etkileyebilir (Ruscio, 2015). İnsanlar yaşadıkları toplumun normlarından uzaklaştıklarında toplum onları sapkın hatta çoğu durumda "akıl hastası" olarak etiketler. Bu tür etiketler kişinin üzerine yapışma eğilimindedir. Dahası, insanlar belirli şekillerde etiketlendiklerinde, "deli" olarak görüldüklerinde hatta hastaymış gibi davranmaya teşvik edildiklerinde yavaş yavaş kendilerine verilen bu sosyal rolü kabul etmeyi ve bu rol doğrultusunda davranışlar sergilemeyi öğrenirler. Sonuç olarak sanki bu etiket onlara uygunmuş gibi görünür.

Klinik araştırmacı David Rosenhan'ın (1973) "Akıl Dışı Mekanlarda Aklı Başında Olmak" ("On Being Sane in Insane Places") adlı ünlü bir çalışması bu durumu destekler niteliktedir. Aslında Rosenhan'ın meslektaşları olan sekiz normal insan, çeşitli ruh sağlığı hastanelerine gerçekte duymadıkları "boş", "kutsal" ve "gürültü" kelimelerini duyduklarına yönelik şikâyetlerle başvurdu Sadece bu şikâyetlere dayanarak her bir kişiye şizofreni tanısı kondu ve hemen hastaneye yatışları yapıldı.

**aile sistemleri kuramı** Aileyi, birbiri ile etkileşim halinde olan parçalardan oluşan bir sistem olarak gören ve bu etkileşimin kendi içinde tutarlı örüntüler ve yazılı olmayan kurallar barındırdığını belirten kuram.

Dahası bu sahte hastalar, kendilerine bir tanı etiketi verildikten sonra insanları iyi olduklarına ikna etmekte zorlandılar. Hastaneye kabul edilir edilmez normal şekilde davranmaya başladıkları ve söz konusu belirtileri bildirmeyi bıraktıkları hâlde, hastanede kalış süreleri 7 ila 52 gün arasında değişti. Ayrıca "şizofreni" etiketi, hastanede görevli personelin onlara bakışını etkilemeye ve onlarla bu durumun gerektirdiği şekilde ilgilenmeye devam etmelerine neden oldu. Örneğin odasında canı sıkıldığı için koridorda gezinmeye çıkan sahte hastalardan biri, klinik notlarda "gergin" olarak tanımlandı. Genel olarak sahte hastalar kendilerini güçsüz, görünmez ve sıkılmış hissetmeye başladı.



David Sipress/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Biz ayrıldık Stuart, e-maillerini okumuyor musun?"*

**Sosyal Bağlantılar ve Sosyal Destek** Aile-sosyal bakış kuramcıları, sosyal ve profesyonel ilişkileri de dahil olmak üzere insanların etkileşimde olduğu sosyal ortamlarla ilgilenirler. İnsanlar diğerleriyle ne kadar iyi iletişim kuruyor? Başkalarına ne tür mesajlar gönderiyor ya da başkalarından ne tür mesaj alıyorlar? Araştırmacılar çoğu kez, psikolojik bozukluklar ile sosyal ilişkiler/bağlantılar arasında olumsuz ilişkiler olduğunu bulmuşlardır (Teo ve diğ., 2019; Hsiao, Chang ve Gean, 2018). Örneğin izole edilmiş ve yaşamlarında sosyal destek veya yakınlıktan yoksun olan insanların, destekleyici eşleri ve samimi arkadaşlıkları olan insanlara göre stres altındayken daha fazla depresyona girdikleri ve daha uzun süre bu durumda kaldıkları görülmüştür.

Klinik alandaki bazı kuramcılar, günlük yaşamlarında iletişim kurmak ve ilişki kurmak istemeyen veya bunu beceremeyen kişilerin alternatif olarak Facebook veya Instagram gibi sosyal ağ platformlarını kullanarak çevrim içi ortamda yeterli sosyal bağlantı bulacağına inanmaktadır. Bazı kişiler için bu doğru olsa da araştırmalar, insanların çevrimiçi ortamda kurduğu ilişkilerin günlük hayattaki ilişkilerine benzer olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Örneğin üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalar, Facebook'ta kendini ifade eden ve çok sayıda arkadaşı olan öğrencilerin özellikle günlük hayatta da sosyal olduklarını, kendileri hakkında daha az bilgi veren ve Facebook'ta daha az arkadaşı olanların ise günlük hayatta da diğerleriyle iletişim kurmaya daha az istekli olduklarını ortaya koymuştur (Dunbar, 2016; Sheldon, 2008).

**Aile Yapısı ve İletişim** Elbette bir birey için önemli sosyal ağlardan biri de ailesidir. Aile sistemleri kuramına göre aile, birbirleriyle tutarlı şekillerde etkileşime giren ve her aileye özgü olabilecek kuralları takip eden, etkileşim hâlindeki


Richard Cartwright/ABC via Getty Images

**Günümüzde TV aileleri** Problemsiz ailelerin yer aldığı dizilerin yayımlandığı yirminci yüzyıldaki televizyon izleyicilerinin aksine günümüz izleyicileri, ırksal-kültürel ikilemlerle uğraşmak da dâhil sıkıntılı durumlarla mücadele eden bir aileyi konu edinen ABC'nin popüler dizisi Black-ish'teki Johnson'lar gibi daha karmaşık ve alışılmadık şekilde işlevsel olmayan aileleri izlemeyi tercih ediyor.

**grup terapisi** Benzer sorunları olan bir grup insanın bir terapist ile bu sorunlar üzerinde çalışmak için bir araya geldiği terapi türü.

**kendine yardım grubu** Bir klinisyenin doğrudan liderliği olmadan birbirlerine yardım eden ve destekleyen benzer sorunları olan insanlardan oluşan bir grup. Karşılıklı yardım grubu olarak da adlandırılır.

**aile terapisi** Terapistin bir ailenin tüm üyeleriyle bir araya geldiği ve terapötik yollarla değişmelerine yardımcı olduğu bir terapi türü.

parçalardan-aile üyeleri-oluşan bir sistemdir (Goldenberg ve Stanton, 2019). Aile sistemleri kuramcıları, bazı ailelerin *yapısının* ve *iletişim* kalıplarının aslında aile bireylerinin aksi şekilde davranmanın anormal görüneceği şekilde davranmaya zorladığına inanmaktadır. Aile üyeleri normal davranırlarsa bu durum ailenin olağan çalışma şeklini ciddi şekilde zorlar ve aslında kendilerinin ve ailelerinin yaşayacağı kargaşayı artırır.

Aile sistemleri kuramına göre belirli aile sistemlerinin aile bireylerinde özellikle anormal işlevlere yol açma olasılığı vardır (Lindblom ve diğ., 2017). Örneğin bazı aileler; üyelerin birbirlerinin eylemlerine, düşüncelerine ve duygularına aşırı derecede dâhil olduğu *iç içe geçmiş* bir yapıya sahiptir. Bu tür bir ailede büyüyen çocuklar, hayatta bağımsız olma konusunda büyük zorluk çekebilir. Bazı ailelerde ise üyeler arasında çok katı sınırlar ve bir *kopukluk* vardır. Bu tür bir ailede büyüyen çocuklar ise bir gruba dâhil olmakta veya diğerlerine sosyal destek vermek veya böyle bir desteği kendileri için talep etmekte zorlanabilir.

Philip Berman'ın öfke ve dürtüsellik içeren kişisel tarzı, bozulmuş bir aile yapısının ürünü olarak görülebilir. Aile sistemleri kuramcılarına göre tüm aile -Philip'in annesi, babası ve erkek kardeşi ve Philip'in kendisi- Philip'in bu davranışını sürdürecek şekilde ilişki kurar. Aile kuramcıları, özellikle Philip'in annesi ve babası arasındaki çatışma ve ebeveyn rollerinin arasındaki dengesizlikle ilgilenir. Bu kuramcılar, Philip'in davranışını ebeveynlerinin davranışlarına karşı hem bir tepki hem de onların davranışlarını harekete geçiren bir uyaran olarak görebilirler. Philip yaramaz bir çocuk veya bir günah keçisi gibi davranırken ebeveynlerinin kendi ilişkilerini sorgulamaya çok az ihtiyacı veya buna çok az zamanı olabilir.

Aile sistemleri kuramcıları, Philip'in her bir ebeveyni ile olan ilişkisinin kesin doğasını da açıklamaya çalışırlardı. Philip'in annesiyle arasında bir bağ var mı ve /veya Philip'in babası ile arasındaki ilişki de bir kopukluk mu var? Bu kuramcılar, kardeşler arasındaki ilişkiye, Philip'in ebeveynleri ile erkek kardeşi arasındaki ilişkiye ve ailenin önceki nesillerindeki ebeveyn-çocuk ilişkilerinin doğasını düzenleyen kurallara da bakacaklardı.

**Yaratıcı grup çalışması** Psikiyatrist Jacob Moreno tarafından 1921'de geliştirilen *psikodrama*, grup tedavisinin en eski türlerinden biridir. Grup üyeleri duygularını, geçmiş veya şimdiki durumları, sosyal etkileşimleri ve benzer konuları, genellikle yaratıcı şekillerde ve bazen bir sahnede canlandırır. Geleneksel grup terapisi kadar yaygın bir şekilde uygulanmasa da bu grup tedavisi türü Fransa'daki Pignan şehrindeki bu psikodrama grubu gibi bazı yerlerde hâlâ etkin şekilde kullanılmaktadır.

## Aile-Sosyal Bakış Açısı Odaklı Tedaviler

Aile-sosyal bakış açısı; *grup, aile* ve *çift terapisi* ve *toplum tedavisi* dâhil olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımlarının gelişmesine katkı sağlamıştır. Yönelimleri ne olursa olsun tüm terapistler, tercih ettikleri modellerin tekniklerini ve ilkelerini bu çeşitli tedavi türleri çerçevesinde kullanarak danışanları ile çalışabilir (bk. **Akıl ve *Teknoloji***). Bununla birlikte bu tür tedavi yaklaşımlarını kullanan klinisyenlerden giderek daha fazlası, psikolojik sorunların aile ortamında ve sosyal ortamda ortaya çıktığına ve bu nedenle bu tür ortamlarda en iyi şekilde tedavi edilebileceğine inanmakta ve çalışmalarına özel bazı sosyokültürel stratejileri dâhil etmektedir.



Kasia Wandycz/Paris Match via Getty Images

**Grup Terapisi** Binlerce terapist, bir terapistin benzer sorunları olan bir grup danışanla gerçekleştirdiği bir tedavi türü olan grup terapisi alanında uzmanlaşmıştır. Grup terapisinde tipik olarak bir terapi grubunun üyeleri bir terapistle bir araya gelir ve gruptaki bir veya daha fazla kişinin sorunları üzerine konuşulur. Gruptaki kişiler birlikte içgörülerini önemli düzeyde artırır, sosyal becerilerini geliştirir, kendilik değeri duygusunu güçlendirir ve yararlı bazı bilgileri veya tavsiyelerini birbirleri ile paylaşırlar (Brown, 2017). Birçok grup, belirli türde sorunları olan danışan popülasyonuna yönelik oluşturulur; örneğin alkol bağımlıları, fiziksel engelliler ve boşanmış, istismara uğramış veya bir yakınını kaybetmiş kişiler için soruna özgü gruplar vardır.

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Avatarınız, Avatarımı Telefon ile Arayabilir

Sosyokültürel modeller, anormal davranışın en iyi sosyal bağlamda anlaşıldığını ve tedavi edildiğini savunur. Bu nedenle teknoloji aracılığıyla geliştirilmiş müdahalelere yönelik hareketin bir parçası olarak giderek artan sayıda klinisyen tedavi programlarında *avatarları* -danışanların ve/veya onların yaşamlarındaki diğer önemli kişilerin üç boyutlu grafiksel temsillerini- kullanmakla ilgilenmeye başlamıştır (Alderson-Day ve Jones, 2018; Craig ve diğ., 2018, 2016).

Bölüm 4 ve 5'te de göreceğiniz gibi gerçek dünyadaki nesnelerin ve durumların bir simülasyonunu oluşturmak amacıyla 3D bilgisayar grafiklerinin kullanılmasını içeren sanal gerçeklik terapisi olarak adlandırılan bir yöntem; fobilerin, travmatik anıların ve diğer bozuklukların tedavisinde popüler bir teknik hâline gelmiştir. Söz konusu yöntem, bu gibi durumlarda danışanların korktukları nesnelere ve anılara bilgisayar simülasyonu yoluyla maruz kalmalarını sağlar ve böylece korkularıyla doğrudan yüzleşmelerine yardımcı olur.

Öte yandan sanal gerçeklik terapisinin bir türü olan avatar terapisinin öncelikli amacı, danışanları sosyal gelişime doğru bir köprü olarak sayılabilecek bir alana çekmektir: avatarlar vasıtasıyla etkileşime girilen dijital sosyal ortamlar.

Avatar merkezli terapinin bir versiyonunda kullanıcılar, bir bilgisayar programı aracılığıyla "Kendinizle ilgili ne tür şeylerden hoşlanmıyorsunuz?" gibi sorular soran ekrandaki sanal terapist figürleriyle etkileşime girer. Sanal terapist, kullanıcılar özeleştiri yaptıklarında sempatik bir şekilde başını da sallayabilir ve



Guia Besana/Anzenberger/Redux

kullanıcıların bazı ifadelerini gülümseme ile veya teşvik edici sözlerle pekiştirebilir (Rehm ve diğ., 2016; Reamer, 2013).

Avatarların başka bir kullanımında danışanlar gerçek hayattaki terapistleri tarafından kendi bilgisayarlarında sanal ortamlara girmeleri, kendilerine sanal bedenler edinmeleri ve çok gerçekçi hissettiren durumlar içinde ebeveynlerine, patronlarına, arkadaşlarına veya düşmanlarına benzeyen animasyonlu figürlerle etkileşime girmeleri için yönlendirilir (Allen, Jameson ve Myers, 2017; Myers ve diğ., 2016). Örneğin kamuoyuna duyurulmuş bir olguda sosyal kaygısı ve agorafobisi -ev dışındaki alanlarda bulunma korkusu- olan bir kadın, terapisti tarafından bir avatar seçmeye ve diğer avatarların sanal dünyasına girmeye teşvik edilmiş ve bu da en sonunda onu dışarıdaki gerçek dünyaya ve diğer kişilerle ilişki kurmaya doğru giden maceralı bir yolculuğa yöneltmiştir (Smith, 2008).

Beklendiği üzere avatar terapisi, temel olarak sosyal durumlara odaklanması da göz önüne alındığında en çok sosyal kaygı, yalnızlık, kişiler arası ilişkilerde zorlanma ve normal etkileşimleri engelleyen halüsinasyonlar gibi sorunları olan bireylere yardımcı olmak için kullanılmaktadır (Allen ve diğ., 2017; Falconer ve diğ., 2017). Araştırmalara göre bu uygulamaların genellikle oldukça faydalı olduğu görülmektedir (Craig ve diğ., 2018; Leff ve diğ., 2014, 2013).

Araştırmalar, grup terapisinin genellikle birçok danışana bireysel terapi kadar yardımcı olduğunu göstermektedir (Mergl ve diğ., 2018; Law ve diğ., 2016). Grup terapisi ayrıca "bilinci veya farkındalığı artırma" ve manevi açıdan ilham verme gibi terapötik amaçlardan ziyade eğitim amaçlı kullanılmaktadır.

**Neden grup terapisi psikolojik sorunları olan bazı insanlara bireysel terapiden daha fazla yardımcı oluyor?**

Grup terapisine benzer bir diğer terapi türü de, **kendine yardım grubudur** (veya **karşılıklı yardım grubu**). Burada benzer sorunları olan insanlar (örneğin yas, madde bağımlılığı, hastalık, işsizlik veya boşanma), profesyonel bir klinisyenin doğrudan liderliği olmaksızın birbirlerine yardım etmek ve destek olmak için bir araya gelir (Bond, Wright ve Bacon, 2017). Tahminlere göre şu anda sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl nüfusun yüzde 3 ila 4'ünün katıldığı 500.000 ila 3 milyon arasında bu türde grup uygulamaları gerçekleştirilmektedir (Ahmadi, 2016). Ayrıca internet ortamında gittikçe sayısı artan kendine yardım sohbet odaları da görülmektedir.

## #DeğişenDeğerler

%59 Büyüdükçe aileleri ile bir araya gelerek daha az birlikte yemek yediklerini söyleyen yetişkinlerin yüzdesi

10 Yarım asır öncesindeki 4 saate kıyasla günümüzde babaların ev işlerine harcadıkları haftalık ortalama saat

18 Yarım asır öncesindeki 32 saate kıyasla günümüzde annelerin ev işlerine harcadıkları haftalık ortalama saat

(Bilgi kaynağı: Pew Araştırma Merkezi, 2015, 2013; Harris Interactive, 2013)

**Aile Terapisi** **Aile terapisi** ilk olarak 1950'lerde ortaya çıkmıştır. Bu terapi türünde terapist, ailenin tüm üyeleriyle bir araya gelir, ailedeki sorunlu davranışlar ve etkileşimler üzerinde durur ve tüm ailenin davranışlarını değiştirmesine yardımcı olur (Goldenberg ve Stanton, 2019). Burada aile üyelerinden sadece birine klinik bir tanı konmuş olsa bile tüm aile tedavi alan tek bir birim olarak görülmektedir. Aşağıdaki örnek, aile üyeleri ve bir terapist arasındaki tipik bir etkileşimi içermektedir:

*Tommy pencereden dışarı bakan bir sandalyede kıpırdamadan oturuyordu. On dört yaşındaydı ve yaşına göre biraz küçük gösteriyordu... Sissy ise on bir yaşındaydı. Yüzünde bir gülümsemeyle kanepede annesi ve babasının arasında oturuyordu. Onların tam karşısında, aile terapisti olan Bayan Fargo oturuyordu.*

*Bayan Fargo konuşmaya başladı. "Tommy'de gördüğünüz değişikliklerden ve bu değişiklikleri ilk ne zaman fark ettiğinizden söz eder misiniz?"*

*Önce Bayan Davis cevapladı: "Sanırım yaklaşık iki yıl önceydi. Tommy okulda kavga etmeye başladı. Onunla bu konuyu evde konuştuğumuzda bunun bizi ilgilendirmediğini söyledi. Karamsar ve söz dinlemez oldu. Yapmasını istediğimiz hiçbir şeyi yapmamaya başladı. Kız kardeşine kaba davranmaya hatta ona vurmaya başladı."*

*Bayan Fargo sordu: "Peki ya okuldaki kavgalar?"*

*Bu kez soruyu ilk cevaplayan Bay Davis oldu. "Ginny, bu kavgalar konusunda benden daha çok endişelendi. Ben de okuldayken çok kavga ederdim ve bence bu gayet normal bir durum... Ama aileme, özellikle de babama karşı çok saygılıydım. Çizgiyi aşarsam o bana bir tane tokat atardı."*

*Ms. Fargo yumuşak bir şekilde sordu: "Siz hiç Tommy'ye vurdunuz mu?"*

*"Elbette, birkaç kez ama hiçbir işe yaramadı."*

*Tommy birden konuşulanlarla ilgilenmeye başlamış gibiydi, gözleri babasına dikilmişti. "Evet, bana çok vurur, hem de ortada hiçbir sebep yokken!"*

*"Bu doğru değil, Thomas." Bayan Davis'in yüzünde azarlayan bir ifade vardı: "Terbiyeli olsaydın kimse sana vurmazdı. Bayan Fargo, Thomas'a vurmaktan yana olduğumu söyleyemem ama bazen Bob için bu durumun ne kadar can sıkıcı olabileceğini görüyorum."*

*"Benim için bunun ne kadar can sıkıcı olduğunu bilmiyorsun canım." Bob ise üzgün görünüyordu...*

*Ginny ona sert bir bakış attı... "[Ben de] senden biraz destek alabilirdim. Sana göre... Her şeyi ben yapmalıyım... Artık bunu yapamayacağım."... [O] ağlamaya başladı. "Artık ne yapacağımı bilmiyorum. Her şey çok umutsuz görünüyor. Bu ailedeki insanlar neden artık hiç kibar değil? Çok şey istediğimi düşünmüyorum, yoksa çok mu şey istiyorum?"*

*Bayan Fargo... Kısa bir süre hepsine baktı ve herkes ile göz teması kurduğundan emin oldu. "Burada birçok şey var gibi görünüyor ... Bunların neden olduğunu görmek için pek çok şeyi anlamamız gerekeceğini düşünüyorum."*

*(Sheras ve Worchel, 1979, s. 108-110)*

Aile terapistleri, ana kuramsal modellerden herhangi birinin ilkelerini uygulamalarına yansıtabilir ancak çoğu *aile sistemleri kuramının* ilkelerini benimser. Bugün klinik psikologların %2'si, psikolojik danışmanların %4'ü ve sosyal hizmet uzmanlarının %14'ü kendilerini esas olarak *aile sistemleri terapisti* olarak tanımlamaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018).

Daha önce de okuduğunuz gibi aile sistemleri kuramı, her ailenin bireysel üyelerinin her birinin davranışlarını şekillendiren kendi kurallarına, yapısına ve iletişim kalıplarına sahip olduğunu kabul eder. Bu nedenle aile sistemleri terapistleri genellikle ailedeki güç yapısını, her bir kişinin oynadığı rolleri ve üyeler arasındaki ilişkileri değiştirmeye çalışır. Ayrıca aile üyelerinin zarar verici iletişim kalıplarını tanımasına ve değiştirmesine de yardımcı olmaya çalışabilirler (Corey, 2017; Minuchin, 2007, 1987, 1974). Aile terapisi genellikle bireyler için yararlıdır ancak araştırmalar henüz bu terapinin ne ölçüde yararlı olduğunu açıklamamaktadır (Goldenberg ve Stanton, 2019). Bazı araştırmalarda çok daha düşük başarı oranları bildirilmekle birlikte diğer bazı araştırmalar aile yaklaşımlarını içeren tedavileri alan bireylerin %65'inin iyileştiğini göstermektedir. Ayrıca herhangi bir aile terapisi türünün tutarlı bir şekilde diğer türdeki aile terapilerinden daha yararlı olduğunu gösteren bir araştırma da bulunmamaktadır (Lebow, 2017).

**Çift Terapisi** **Çift terapisinde** veya **evlilik terapisinde** terapist, uzun süreli bir ilişki içinde olan iki kişiyle çalışır. Bu iki kişi çoğunlukla evlidir ancak çiftin bu tür bir terapiye dâhil olabilmesi için evli olması hatta birlikte yaşaması gerekmez. Aile terapisi gibi çift

**çift terapisi** Terapistin uzun süreli bir ilişkiyi paylaşan iki kişiyle çalıştığı bir terapi türü. *Evlilik terapisi* olarak da adlandırılır.

**toplumsal ruh sağlığı müdahalesi** Topluma yönelik bakımı temel alan bir tedavi yaklaşımı.

terapisi de genellikle ilişkinin yapısına ve ilişkideki iletişim kalıplarına odaklanır (Baucom ve diğ., 2018, 2015, 2010; Lebow, 2017). Çift terapisi yaklaşımı, çocuğun psikolojik sorunları ebeveynlerinin ilişkisindeki sorunlarla bağlantılı olduğunda da kullanılabilir.

Herhangi bir uzun süreli ilişkide bir dereceye kadar uzlaşma olsa da toplumumuzdaki birçok çiftin evliliklerinde ciddi anlaşmazlıklar söz konusudur. Günümüzde Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da boşanma oranı evlilik oranının neredeyse yüzde 50'si kadardır. Görünüşe göre evlenmeden birlikte yaşayan birçok çift de benzer düzeyde zorluk yaşamaktadır (Martins ve diğ., 2014).

Aile ve grup terapisi gibi çift terapisi de ana terapi yaklaşımlarının herhangi birinin ilkelerini benimseyebilir. Örneğin *bilişsel-davranışçı çift terapisinde*, bilişsel ve davranışçı modellerin önerdiği birçok teknik kullanılır (Epstein ve Zheng, 2017). Bu terapi yaklaşımı ile çalışan terapistler, büyük ölçüde belirli problem çözme ve iletişim becerilerini eşlere öğreterek onların problem davranışlarını tanımasına ve değiştirmesine yardımcı olur. *Bütünsel davranışçı çift terapisi* adı verilen çift terapilerinin daha geniş, daha sosyokültürel bir türü olan yaklaşımda ise terapist, eşlerin değiştiremeyecekleri davranışları ve tüm ilişkiyi her şeyiyle olumlu karşılayamayacakları gerçeğini en azından kabul etmelerine yardımcı olur (Christensen ve Doss, 2017). Bu doğrultuda eşlerin bu tür davranışları, aralarındaki temel farklılıkların anlaşılır ve doğal bir sonucu olarak görmelerini sağlamak amaçlanır.

Çift terapisi alan çiftlerin, benzer sorunları olan ve tedavi almayan çiftlere göre ilişkilerinde daha fazla gelişme gösterdiği görülmektedir ancak hiçbir çift terapisi yaklaşımının diğer benzer yaklaşımlardan daha etkili olduğuna dair tam bir kanıt bulunmamıştır (Christensen ve diğ., 2016, 2014, 2010). Terapinin sonunda çiftlerin üçte ikisinde evlilik işlevleri iyileşmiş olsa da tedavi alanların yarısından daha azı terapi sonrasındaki süreçte "sıkıntıdan uzak" veya "mutlu" ilişkiler kurmayı başarabilmektedir. Çiftlerin dörtte biri ise tedavi sonunda ayrılmakta veya boşanmaktadır.

## Toplumsal Tedavi

**Toplumsal ruh sağlığı müdahale programları**, özellikle ciddi düzeyde psikolojik zorluklar yaşayan danışanların iyileşme sürecinde aşina oldukları bir sosyal çevrede tedavi almalarına imkân tanır. *Toplum günü programları* ve *yatılı hizmetler* de dahil olmak üzere bu tür toplum temelli müdahaleler, ciddi ruh sağlığı sorunları olan kişiler için çok özel bir anlam taşımaktadır (Schroeder, 2018). Son yıllarda pek çok ülke bu tür programlar başlatmıştır.

Bölüm 1'de okuduğunuz gibi toplumsal müdahalenin temel ilkelerinden biri *önlemedir*. Bu, klinisyenlerin, onların tedavi için başvurmalarını beklemeden danışanlara aktif olarak ulaşma çabasını içermektedir. Araştırmalar, bu tür çabaların genellikle oldukça başarılı olduğunu göstermektedir (Mendelson ve Eaton, 2018; Koh, 2017). Toplumsal müdahale tedavi alanında çalışanlar *birincil*, *ikincil* ve *üçüncül* önleme olmak üzere üç farklı türde önleme yaklaşımı tanımlar.

*Birincil önleme*, toplumun tutumlarını ve toplum politikalarını iyileştirme çabalarını kapsar. Amacı psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasını tamamen önlemektir. Örneğin toplumsal müdahale alanında çalışanlar, yerel bir okulun yönetim kurulu ile görüş alışverişinde bulunabilir, stresi azaltma konusunda halka açık atölyeler düzenleyebilir veya etkili bir şekilde stresle nasıl başa çıkılacağına dair bilgileri içeren web siteleri hazırlayabilir.

*İkincil önleme*, psikolojik bozuklukların ciddileşmeden önce erken evrelerde yakalanması ve müdahale edilmesinden oluşur. Toplum temelli tedavi alanında çalışanlar, psikolojik bozuklukların erken belirtilerini (risk faktörleri) fark etmelerini sağlamak ve bireyleri tedavi kaynaklarına yönlendirme konusunda nasıl bir yol izleyebileceklerini öğretmek için öğretmenler, ilgili müdürlükler veya polisle birlikte çalışabilir. Benzer şekilde ruh sağlığı ile ilgili yüzlerce web sitesi bu tür bilgilerin aile üyelerine, öğretmenlere ve benzer kişilere ulaştırılmasını sağlar.

*Üçüncül önlemenin* amacı ise orta veya şiddetli bozuklukların uzun vadeli ve daha ciddi sorunlar hâline gelmemesi için ihtiyaç duyulduğu anda etkili tedavi sağlamaktır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki toplumsal müdahale hizmeti veren kuruluşlar, orta düzeyde psikolojik sorunları olan milyonlarca insana başarılı bir şekilde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır ancak Bölüm 1'de de okuduğunuz gibi ciddi düzeyde sorunları olan yüz binlerce kişinin ihtiyaç duyduğu hizmeti sağlama konusunda başarısız olmaktalardır (NIHM, 2017). Bu başarısızlığın nedenlerinden biri, daha sonraki bölümlerde okuyacağınız bir konu olan finansal kaynak yetersizliğidir.

**Elini Uzatmak** 2012'de dondurucu bir gecede, New York City polis memuru Lawrence DiPrimo, karşılaştığı evsiz bir adam için bir çift çorap ve ayakkabı satın aldı, sonra diz çöktü ve aldıklarını nazikçe adamın yanına koydu. Polis memurunun haberi olmadan bu insancıl eylem yoldan geçen biri tarafından fotoğraflandı ve bu anın fotoğrafı internette milyonlarca kişi tarafından görüntülendi. DiPrimo'nun bu davranışı yürekten gelen bir davranış olsa da toplumdaki ihtiyaç sahiplerine nezaket ve anlayışla ulaşmak da dâhil olmak üzere toplumsal ruh sağlığı hizmetlerinin temel ilkelerini yansıtmaktadır; bu anlayış da ruh sağlığı sorunlarını önlemeye yardımcı olabilir.




AP Photo/Haraz N. Ghanbari

**Kabul edilemez bir ayrımcılık** Geleneksel Amerikan Yerlisi kıyafetleri giymiş, New Mexico'daki Mescalero Apaçileri için ayrılmış bölgede yaşayan bir lise öğrencisi, "Önlenebilir Salgın: Gençlerde İntihar ve Yerliler İçin Ruh Sağlığı Bakımına Yönelik Kaynaklara Duyulan Acil İhtiyaç" konulu kongrede deneyimlerini anlattığı bir konuşma yapıyor.

## Çok Kültürlü Bakış Açısı Kuramcıları Anormal İşleyişi Nasıl Açıklar?

*Kültür,* bir grup insan tarafından paylaşılan ve nesilden nesile aktarılan değerler, tutumlar, inançlar, tarih ve davranışlar kümesini ifade eder (Matsumoto ve Juang, 2016). Biz, şüphesiz, çok kültürlü bir toplumuz. Nitekim 2044 yılına gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ırksal ve etnik azınlık gruplarının üyelerinin sayısı toplu olarak beyaz Amerikalıların sayısını geçecektir (Frey, 2018; U.S. Census Bureau, 2015).

Kısmen bu artan çeşitliliğe bir yanıt olarak **çok kültürlülük** veya **kültürel çeşitlilik terimleriyle** yeni bir bakış açısı ortaya atılmıştır (Comas-Díaz, 2019). Çok kültürlü bakış açısını benimseyen psikologlar kültür, ırk, etnik köken, cinsiyet ve benzer etkenlerin davranış ve düşünceyi nasıl etkilediğini ve farklı kültür, ırk ve cinsiyetten insanların psikolojik olarak nasıl farklılaştığını anlamaya çalışır (Alegría ve diğ., 2018, 2016, 2014). Günümüzde çok kültürlü bakış açısı, geçmişte daha az aydınlanmış kültürel bakış açılarından farklıdır: ırksal, etnik ve diğer azınlık gruplarının üyelerinin, çoğunluk nüfusa kıyasla bir şekilde daha aşağı veya kültürel olarak yoksun olduğunu ima etmez. Daha ziyade model ister normal ister anormal olsun, bir bireyin davranışının, o kültürün değerlerinden üyelerinin karşılaştığı özel dış baskılara kadar ancak bireyin kendine özgü kültürel bağlamı ışığında incelendiğinde en iyi şekilde anlaşılabileceğini savunur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde çok kültürlü bakış açısı araştırmacılarının en çok ilgisini çeken gruplar etnik ve ırksal azınlık grupları (Afrikalı Amerikalılar, İspanyol Amerikalılar, Amerikan Yerlileri ve Asyalı Amerikalılar) ve ekonomik olarak dezavantajlı kişiler, LGBTQ bireyler ve kadınlardır (bir azınlık grubun üyesi olmayan kadınlar da dâhil olmak üzere). Bu grupların her biri Amerikan toplumunda stresin yol açtığı duygulara ve bazı durumlarda anormal işleyişe katkıda bulunabilecek özel baskılara maruz kalmaktadır. Örneğin araştırmacılar, psikolojik anormalliğin, özellikle de şiddetli psikolojik anormalliğin, varlıklı insanlara kıyasla fakir insanlar arasında gerçekten daha yaygın olduğunu görmüşlerdir (APA, 2018; Sareen ve diğ., 2011) (bk. **Şekil 2-4**). Belki de yoksulluğun getirdiği baskılar bu ilişkiyi açıklamaktadır.

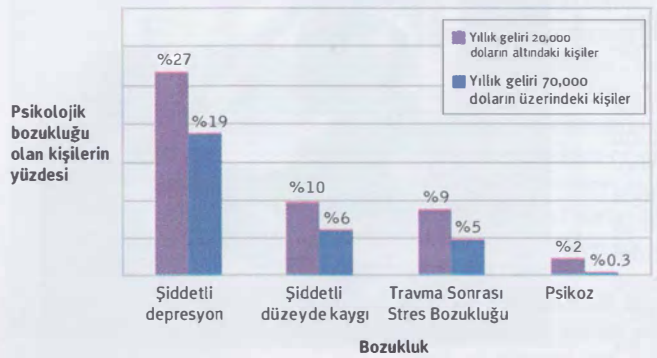
Elbette bir birey, bu çeşitli gruplardan birden fazlasının üyesi olabilmektedir. Örneğin azınlık gruplarının pek çok üyesi aynı zamanda yoksulluk içinde yaşamaktadır. Daha yüksek suç, işsizlik, aşırı kalabalık ve evsizlik oranı, kötü bir tıbbi bakım hizmeti ve tipik olarak yoksul insanlara sunulan sınırlı eğitim olanakları, bu tür azınlık gruplarının birçok üyesinin yüksek düzeyde stres yaşamasına neden olabilir (APA, 2018; Joshi ve diğ., 2016).

Çok kültürlü bakış açısı araştırmacıları, birçok azınlık grubunun karşılaştığı önyargı ve ayrımcılığın çeşitli anormal işleyiş biçimlerine katkıda bulunabileceğini de belirtmişlerdir (Yoon, Coburn ve Spence, 2018). Batı toplumundaki kadınlar erkeklerden en az iki kat daha fazla kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı almaktadır (MHA, 2018). Benzer şekilde Afrikalı Amerikalılar, İspanyol Amerikalılar ve Amerika Yerlilerinin ciddi psikolojik sıkıntı yaşama olasılıkları İspanyol olmayan beyaz Amerikalılardan daha fazladır (APA, 2018; HHS, 2009).

**ŞEKİL 2-4**

### Yoksulluk ve Ruh Sağlığı

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan anketler, yıllık geliri düşük olan kişilerde (20.000 doların altında), daha yüksek gelirli kişilere (70.000 doların üzerinde) göre psikolojik bir rahatsızlık görülme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Örneğin düşük gelirli kişilerin yüzde 10'u, yüksek gelirli kişilerin yüzde 6'sına kıyasla daha çok kalıcı düzeyde kaygı belirtisi rapor etmektedir (Bilgi kaynağı: APA, 2018; CDC, 2015; Sareen ve diğ., 2011).



Amerikan yerlileri arasında ise alkol bağımlılığı ve intihar oranları son derece yüksektir (AFSP, 2018; NSDUH, 2016). Bu farklılıklar birçok etkenin bir araya gelmesi ile oluşsa da ırk ve cinsel yönelim temelli ön yargılar ve bu tür ön yargıların ortaya çıkardığı sorunlar; anormal strese, mutsuzluğa ve düşük benlik saygısına neden olabilmektedir.

## Çok Kültürlü Tedaviler

Dünya genelindeki araştırmalar, etnik ve ırksal azınlık gruplarının üyelerinin klinik müdahalelerde daha az gelişme gösterme eğiliminde olduğunu, ruh sağlığı hizmetlerinden daha az yararlandığını ve tedaviyi çoğunluk gruplarının üyelerine göre daha erken bıraktığını ortaya koymuştur (Alegría ve diğ., 2018, 2016, 2014).

Bir dizi çalışma, tedavinin iki özelliğinin bir terapistin azınlık statüsündeki bir grubun üyesi olan danışanlar üzerindeki etkililiğini artırabileceğini göstermektedir: (1) kültürel konulara daha fazla duyarlılık ve (2) özellikle çocuklar ve ergenlerle çalışırken kültürel ahlak ve modellerin tedaviye dâhil edilmesi (Comas-Díaz, 2019; Chu ve diğ., 2016). Bu tür araştırma sonuçlarını göz önüne alarak bazı klinisyenler, kültürel azınlık gruplarının üyelerinin karşılaştığı onlara özgü sorunları ele almaya yardımcı olmak için hazırlanmış yaklaşımları içeren **kültüre duyarlı terapileri** geliştirdiler. **Cinsiyete duyarlı** veya **feminist terapiler** olarak adlandırılan kadın olmanın getirdiği baskılara yönelik terapiler de benzer ilkeleri içerir (Corey, 2017; Vasquez ve Vasquez, 2016).



AP Photo/Ali Burafi

**Toplumsal ruh sağlığı: Arjantin tarzı** Buenos Aires'teki Borda Nöropsikiyatri Hastanesi personeli ve hastaları bir dizüstü bilgisayar ile popüler radyo istasyonu Radio La Colifata'da yayın yapmaya başladılar. (*Colifa* kelimesi "çılgın olan" anlamına gelmektedir.) Bu radyo istasyonu, hastaların tedavilerini sürdürmelerine ve toplumla temas kurmalarına yardımcı olmak için 20 yıldan daha uzun bir süre önce faaliyete başlamıştır.

Kültüre duyarlı yaklaşımlar tipik olarak aşağıdaki unsurları içerir:

1. Terapistler için yüksek lisans programlarında kültürel çeşitliliğe yönelik dersler
2. Terapistin danışanın kültürel değerleri konusundaki farkındalığı
3. Terapistin azınlık statüsündeki bir grubun üyesi olan danışanlarının maruz kaldığı stres, ön yargılar ve kalıp yargılar konusundaki farkındalığı
4. Terapistin göçmenlerin çocuklarının karşılaştığı zorlukların farkında olması
5. Danışanların hem kendi kültürlerinin hem de egemen kültürün kendi görüşleri ve davranışları üzerindeki etkisini anlamalarına yardımcı olmak
6. Danışanların bastırdıkları öfke ve acıyı tanımlamalarına ve ifade etmelerine yardımcı olmak
7. Danışanların, kendilerini iyi hissettikleri iki kültürlü bir denge kurmalarına yardımcı olmak
8. Danışanların öz saygılarını başka bir deyişle nesiller boyu olumsuz mesajlarla sıklıkla zarar görmüş olan öz değer duygularını artırmalarına yardımcı olmak

## Sosyokültürel Modelin Değerlendirilmesi

Aile-sosyal ve çok kültürlü bakış açıları, anormal işleyişin anlaşılmasına ve tedavisine büyük ölçüde katkıda bulunmuştur. Günümüzde çoğu klinisyen, 35 yıl kadar önce pek fazla üzerinde durulmayan ailevi, kültürel, sosyal ve toplumsal sorunları da tedavi sürecinde dikkate almaktadır. Ayrıca klinisyenler klinik ve sosyal rollerin etkisinin daha fazla farkına varmıştır. Son olarak sosyokültürel modelin sunduğu tedavi biçimleri bazen geleneksel yaklaşımların yetersiz kaldığı durumlarda daha başarılı sonuçlar ortaya koymaktadır.

Aynı zamanda sosyokültürel modelin de belli kısıtlılıkları söz konusudur. İlk olarak sosyokültürel araştırma bulgularının yorumlanması genellikle zordur. Aslında

**çok kültürlü bakış açısı** Geniş bir toplumdaki her bir kültürün, üyelerinin davranışlarını ve işleyişini açıklamaya yardımcı olan özel dış baskıların yanı sıra belirli bir değerler ve inançlar kümesine sahip olduğu görüşü. *Kültürel olarak farklı bakış açısı* olarak da adlandırılır.

**kültüre duyarlı terapiler** Kültürel azınlık gruplarının üyelerinin karşılaştığı onlara özgü sorunların ele alınmasına yardımcı olmak için geliştirilmiş yaklaşımlar.

**cinsiyete duyarlı terapiler** Batı toplumunda kadın olmanın getirdiği baskılara yönelik yaklaşımlar. *Feminist terapiler* olarak da adlandırılır.

## #AileninYenidenYapılandırılması

%9 1960 yılında yalnızca bir ebeveynle yaşayan ABD'li çocukların yüzdesi

%27 Günümüzde yalnızca bir ebeveynle yaşayan ABD'li çocukların yüzdesi

(U.S. Census Bureau, 2016)

araştırmalar, aile veya kültürel etkenler ile belirli bir bozukluk arasındaki ilişkinin varlığını ortaya koyabilir ancak bu etkenlerin bozukluğun *nedeni* olduğunu göstermez. Örneğin araştırmalar aile içi çatışmalar ve şizofreni arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir fakat bu bulgu, ailedeki işlev bozukluğunun şizofreniye neden olduğu anlamına gelmez. Bir aile üyesinin psikotik özellikteki davranışının yarattığı gerilim ve çatışmanın aile işleyişini bozması da eşit derecede olasıdır.

Sosyokültürel modelin bir başka kısıtlılığı da belirli bireylerin davranışlarındaki anormalliğin nedenlerini tam olarak öngörememesidir. Örneğin ön yargı ve ayrımcılık gibi sosyal koşullar kaygı ve depresyonun temel nedenleri ise neden bunlara maruz kalan insanların sadece bir kısmında psikolojik bozukluklar görülüyor? Bir bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunan başka etkenler de mi vardır?

Bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında çoğu klinisyen aile-sosyal ve çok kültürlü bakış açılarının açıklamalarının biyolojik veya psikolojik açıklamalarla bağlantılı olduğunu düşünmektedir. Ailevi, sosyal ve kültürel etkenlerin belirli bozuklukların gelişmesine elverişli bir ortam yaratabileceği konusunda aynı görüşü paylaşmaktadırlar. Bununla birlikte bozuklukların gelişmesi için biyolojik veya psikolojik koşulların veya her ikisinin de mevcut olması gerektiğine inanırlar.

### ...ÖZETLE

**SOSYOKÜLTÜREL MODEL** Sosyokültürel bakış açılarından biri olan aile-sosyal bakış açısı, üç tür etkene dışarıdan bakar: sosyal etiketler ve roller, sosyal bağlantı ve destekler ve aile sistemi. Bu bakış açısını benimseyen uygulayıcılar; grup, aile veya çift terapisi veya toplum tedavisi gibi tedavi biçimlerini kullanarak danışanları ile çalışabilir.

Başka bir sosyokültürel bakış açısı olan çok kültürlü bakış açısı, bir bireyin normal veya anormal davranışlarının, o kültürün değerleri ve üyelerinin karşılaştığı özel baskılar da dâhil olmak üzere kendine özgü kültürel bağlamı ışığında incelendiğinde en iyi şekilde anlaşılabileceğini savunur. Bu bakış açısını benimseyen uygulayıcılar, kültüre duyarlı terapi yaklaşımlarını kullanarak danışanları ile çalışabilir.

## Modelleri Bütünleştirmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı

Günümüzün önde gelen modelleri büyük farklılıklar göstermektedir (**bk. Tablo 2-3**) ve hiçbir model tutarlı bir şekilde bir diğerinden üstün olmamıştır. Her biri, insan işleyişinin kilit yönlerini anlamamıza yardımcı olur ve her birinin önemli güçlü yönleri ve bazı ciddi kısıtlılıkları vardır.

Tüm farklılıklarına rağmen bu çeşitli modellerin sonuçları ve teknikleri genellikle birbiri ile uyumludur. Aslında birçok klinisyen artık anormal davranışın ortaya çıkmasına katkıda bulunan birden fazla nedeni aynı anda göz önünde bulunduran açıklamaları tercih etmektedir. Bu tür açıklamalar anormalliğin genetik, biyolojik, duygusal, davranışsal, bilişsel, sosyal, kültürel ve toplumsal etkenlerin etkileşiminden kaynaklandığını belirtmektedir. Benzer bir bütünsellik arayışıyla günümüzde birçok terapist çeşitli modellerin önerdiği tedavi tekniklerini birlikte kullanmaktadır (Norcross ve Beutler, 2019). Öyle ki günümüzdeki klinik psikologların yüzde 22'si, psikolojik danışmanların yüzde 31'i ve sosyal hizmet uzmanlarının yüzde 26'sı yaklaşımlarını "eklektik" veya "bütünsel" olarak tanımlamaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018). Araştırmalar, klinik sorunların genellikle tek başına herhangi bir tedaviye göre bütünsel yaklaşımlara daha iyi yanıt verdiğini doğrulamaktadır.

Günümüzün en etkili bütünsel yaklaşımlarından biri, **gelişimsel psikopatoloji** bakış açısıdır. Adından da anlaşılacağı gibi bu bakış açısı, çeşitli modellerden değişkenlerin ve ilkelerin hem işlevsel hem de işlevsel olmayan insan işleyişini birlikte nasıl açıklayabileceğini anlamak için *gelişimsel* bir çerçeve kullanır (Cicchetti, 2018, 2016; Halperin, 2017). Bu nedenle bu bakış açısı, *etkili değişkenlerin zamanlamasını* özellikle dikkate alır. Belirli olayların, deneyimlerin veya biyolojik faktörlerin

**gelişimsel psikopatoloji** Çeşitli modellerden değişkenlerin ve ilkelerin insan işleyişini birlikte nasıl açıklayabileceğini anlamak için gelişimsel bir çerçeve kullanan bakış açısı.

**eş sonluluk** Bir dizi farklı gelişimsel yolun aynı psikolojik bozukluğa neden olabileceği ilkesi.

-nöronlardan komşulara kadar- ortaya çıkışı, bir kişinin hayatının hassas anlarında ortaya çıkarsa daha sonraki gidişat üzerinde de çok büyük bir etki yaratabilir. Dahası gelişimsel psikopatoloji ilkelerini benimseyen bir klinisyen için kritik soru, bir bireyin mevcut psikolojik sorunlarının nedeninin hangi tek bir etkenden kaynaklanıyor olduğu değil, daha ziyade hayatındaki çoklu etkenlerin ne zaman, nasıl, hangi bağlamda ortaya çıktığı ve bu etkenlerin ne ölçüde birbirleriyle etkileşime girdiğidir. Örneğin Philip Berman'ın durumunda "Erkek kardeşinin doğumu ne zaman gerçekleşti, o sırada Philip'in hayatında neler oluyordu, annesinin depresyonu ebeveynlik becerilerini nasıl etkiledi, çocukluk deneyimleri ona stresle etkili bir şekilde nasıl başa çıkacağını öğretti mi ve çocukluğunda, okul döneminde ve yetişkinliğinde hayatında var olan sosyal sistemler destekleyici miydi yoksa yaşadığı zorlukları artırdı mı?" gibi soruların cevapları önemlidir.

Gelişim psikopatolojisi ilkelerini benimseyenlerin, bir kişinin anormal işleyişini anlamaya çalışırken birlikte değerlendirdikleri etkenler nelerdir? Yukarıda da belirtildiği gibi bu ilkeleri benimseyenler, klinik uygulama alanına yansıyan her bir ana modelden yararlanmaktadırlar. Örneğin belirli genetik ve beyin işlevleri ile ilgili etkenlerin, bireyin önemli çevresel deneyimlerine nasıl zemin hazırladığını belirleyerek biyolojik modelden yararlanırlar (Baker, 2018; Halperin, 2017). Psikodinamik model söz konusu olduğunda ise bu modelin erken çocukluk deneyimlerinin -ebeveyn-çocuk ilişkisi de dâhil- bir kişinin hayatının sonraki dönemlerindeki gelişimini nasıl engellediğine dair açıklamalarını dikkate alırlar (Moreno, 2018; Chambers, 2017). Bireyin işlevsel olmayan davranışlarının yıllar içinde nasıl pekiştirildiğini ve bireyin yaşam deneyimlerini nasıl yorumladığını ve işlediğini belirleyerek bilişsel-davranışçı modelin ilkelerini kullanırlar (Harkin ve diğ., 2016). Ayrıca gelişimsel psikopatoloji ilkelerini benimseyenler, aşırı düzeyde strese neden olan yaşam olayları karşısında bile kişinin becerilerini, biricikliğini ve dayanıklılığını göz önünde bulundurarak hümanistik-varoluşçu modelden yararlanırlar (Hornor, 2017; Burt ve diğ., 2016). Ve son olarak sosyokültürel modelin hem şimdiki hem de geçmişteki sosyal bağlamın ve kültürün bireyin işleyişi üzerindeki etkisine dair vurgusunu benimserler (Shulman ve Scharf, 2018; Pianta, 2016).

Gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, çeşitli gelişimsel rotaların veya *yolların* işlev bozukluğuna neden olabileceğini ileri sürmektedir. Aslında iki temel ilke -*eş sonluluk* ve *çok sonluluk*- bu bakış açısının merkezinde yer almaktadır. **Eş sonluluk** ilkesine göre bir dizi farklı gelişimsel yol, nihayetinde aynı psikolojik soruna yol açabilir. Örneğin ileride Bölüm 14'te okuyacağınız bir bozukluk olan davranış bozukluğuna sahip ergenlik dönemindeki iki erkek çocuğunu düşünün. Her ikisi de hırsızlık, okulu asma, yalan söyleme ve birinin arabasına zorla girme gibi bu bozukluğun karakteristik belirtilerini

### #ÖzlüSözler

"Bir çocuğun hayatındaki küçük bir olay bile, o çocuğun dünyasının bir olayıdır ve dolayısıyla bu onun için bir dünya olayıdır."

Gaston Bachelard, Fransız filozof

TABLO: 2-3

## Modellerin Karşılaştırılması

| | Biyolojik | Psikodinamik | Bilişsel-Davranışçı | Hümanistik | Varoluşçu | Aile-Sosyal | Çok Kültürlü |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bozukluğun nedeni** | Biyolojik işlev bozukluğu | Altta yatan çatışmalar | İşlevsel olmayan düşünce ve öğrenme | Kendini aldatma | Sorumluluktan kaçınma | Ailevi veya sosyal stres | Dış baskılar ve kültürel çatışmalar |
| **Bilimsel kanıt gücü** | Güçlü | Ilımlı | Güçlü | Zayıf | Zayıf | Orta | Orta |
| **Hizmet alan kişinin tanımı** | Hasta | Hasta | Danışan | Hasta veya danışan | Hasta veya danışan | Danışan | Danışan |
| **Terapistin rolü** | Hekim | Yorumlayan | İşbirliği yapan/ öğretmen | Gözlemci | İş birliği yapan | Kolaylaştırıcı | Kültür savunucusu/ öğretmen |
| **Ana terapi tekniği** | Biyolojik müdahale | Serbest çağrışım ve yorumlama | Mantık yürütme ve koşullanma | Yansıtma | Çeşitli birçok teknik | Aile/sosyal bakış açısı müdahaleleri | Kültüre duyarlı müdahale |
| **Terapi amacı** | Biyolojik onarım | Kapsamlı psikolojik değişim | İşlevsel düşünceler ve davranışlar | Kendini gerçekleştirme | Otantik/özgün hayat | İşevsel aile sistemi veya işlevsel sosyal sistem | Kültürel farkındalık ve rahatlık |




**Enteresan bir eş sonluluk hikâyesi** *Eş sonluluk ilkesi* -insanların aynı sona farklı gelişimsel yollarla ulaşabileceği görüşü- psikolojik alanda olduğu kadar fiziksel alanda da gözlemlenmektedir. Farklı ebeveynlerden doğan, farklı genlere sahip, farklı çocukluklar yaşamış ve farklı şehirlerde büyümüş bu iki erkeği, Neil Douglas ve Robert Stirling'i düşünün. Bu iki yabancı 2015 yılında aynı uçağa bindiklerinde, yanlarında oturan yolcunun kendileri ile aynı kızıl saç ve sakal, kafa şekli, gözler, dişler, gülümseme ve daha fazlasına sahip olan bir "kopyası" olduğunu görünce şaşkına döndüler. Hemen bu fotoğrafı çekip internette paylaştılar ve fotoğraf çok popüler oldu.

gösterebilir. Bununla birlikte erkek çocuklardan birinde olumsuz etkisi olan genler, yetersiz ebeveynlik ve empati için sınırlı bilişsel kapasite gibi etkenlerin etkileşimi davranış bozukluğunun gelişmesine yol açmış olabilir. Davranış bozukluğu olan diğer çocuğun ise aksine herhangi bir genetik kırılganlığı olmayabilir, son derece özenli ebeveynler tarafından büyütülmüş olabilir ve aslında empati için yüksek bir bilişsel kapasiteye sahip olabilir. Onun ciddi davranış sorunları, uzun süredir var olan bir depresyon, düşük benlik saygısı, akranlarının onayını kazanmak için duyduğu güçlü ihtiyaç ve genellikle suç oluşturabilecek eylemlerde bulunan akranlarıyla ilişki kurmasından kaynaklanmış olabilir.

**Çok sonluluk** ilkesine göre (eş sonluluğun zıttı gibi düşünülebilir) yaşamında bir dizi benzer gelişimsel değişken (örneğin karşılaştırılabilir biyolojik yatkınlık, aile yapısı, okul ve yaşanılan çevre) olan farklı kişiler karşılaştıkları durumlara çok farklı şekillerde tepki verebilir veya farklı klinik özellikler gösterebilir. Aniden işlerini kaybetmiş iki kadını düşünün. Hayatlarında benzer gelişimsel değişkenler olmasına rağmen kadınlardan biri bu kayba yıkıcı bir tepki verebilir ve depresyona doğru yönelebilir, diğeri ise iş kaybını yeni şeyler keşfetmek için bir fırsat olarak görebilir ve büyük bir istekle geniş bir yelpazede yeni iş imkânlarını araştırmaya başlayabilir. Bu iki kadının tepkilerinde neden bu denli büyük bir farklılık var? Belki de gelişim öyküleri veya mevcut durumları aslında ilk başta algılanamayan şekillerde farklılık gösteriyor olabilir. Örneğin ikinci kadın, büyürken bu tür zorluklara karşı dayanıklılığını arttırmış ona özel olaylar yaşamış olabilir veya şu anda bir işsizlik dönemini atlatmasına yardımcı olabilecek düzeyde maddi birikime sahip olabilir.

Psikolojik bozuklukları açıklamak için zamanlama ve gelişimin önemine yaptıkları vurgu göz önüne alındığında gelişimsel psikopatoloji ilkelerini benimseyenlerin, belirli tedavi tekniklerinden çok tedavinin zamanlamasına odaklanması şaşırtıcı değildir. Örneğin hâlihazırda şiddetli belirtilerle seyreden bir bozukluğu olan bireylere yönelik tedavi yaklaşımlarından ziyade henüz herhangi bir tanı almamış ancak risk grubunda olan kişiler için önleme ve erken müdahaleye yönelik yaklaşımlara öncelik verme eğilimindelerdir (Beelman ve diğ., 2018; Toth ve diğ., 2016). Ayrıca gelişimsel psikopatoloji bakış açısının bağlamsal ve sosyokültürel etkilerine olan özel vurgusunu daha fazla benimsemiş olan klinisyenler, bireysel tedavi yerine, genellikle tüm okulları veya mahalleleri hedef alan, toplumun her kesimine yönelik müdahalelerin yaygınlaştırılması için toplum ruh sağlığı savunucularına olan ihtiyaç üzerinde önemle dururlar. Aslında bu bakış açısını savunanlar; yoksulluk, toplumsal şiddet ve sosyal eşitsizlik gibi kalkınmayı olumsuz yönde etkileyen toplumsal etkenleri değiştirebilecek sosyal politikaların geliştirilmesinde genellikle önemli bir rol oynamaktadır.

Bütünsel bakış açılarının ve birleştirilmiş tedavilerinin gittikçe yaygınlaşması göz önüne alındığında bu kitap boyunca anormal davranış iki şekilde inceleyeceğiz. Çeşitli bozuklukları anlatırken günümüz modellerinin her bir bozukluğu nasıl açıkladığına ve tedavi ettiğine ve bu açıklama ve tedavilerin araştırmalarla ne kadar iyi desteklendiğine bakacağız. Bununla birlikte aynı derecede önemli bir konu olan, açıklamaların ve tedavilerin birbiri üzerine nasıl inşa edilebileceğini de gözlemleyeceğiz ve gelişimsel psikopatolojinin savunucularının çabaları da dâhil, modellerin bütünleştirilmesine yönelik mevcut çabaları inceleyeceğiz.

## ...ÖZETLE

**MODELLERİ BÜTÜNLEŞTİRMEK** Pek çok kuramcı artık anormal davranışın ortaya çıkmasında birden fazla nedeni göz önünde bulunduran kuramsal açıklamaları tercih etmekte ve birçok terapist, farklı modellerin tedavi tekniklerini birleştirerek kullanmaktadır. Etkileyici bir bütünsel yaklaşım olan gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, çeşitli modellerden değişkenlerin ve ilkelerin hem işlevsel hem de işlevsel olmayan insan işleyişini birlikte nasıl açıklayabileceğini anlamak için gelişimsel bir çerçeve kullanır. Bu bakış açısının merkezinde yer alan iki ilke, eş sonluluk ve çok sonluluktur.

**çok sonluluk** Benzer gelişim öyküsüne sahip olan kişilerin buna rağmen benzer durumlara çok farklı şekillerde tepki verebileceği ilkesi.

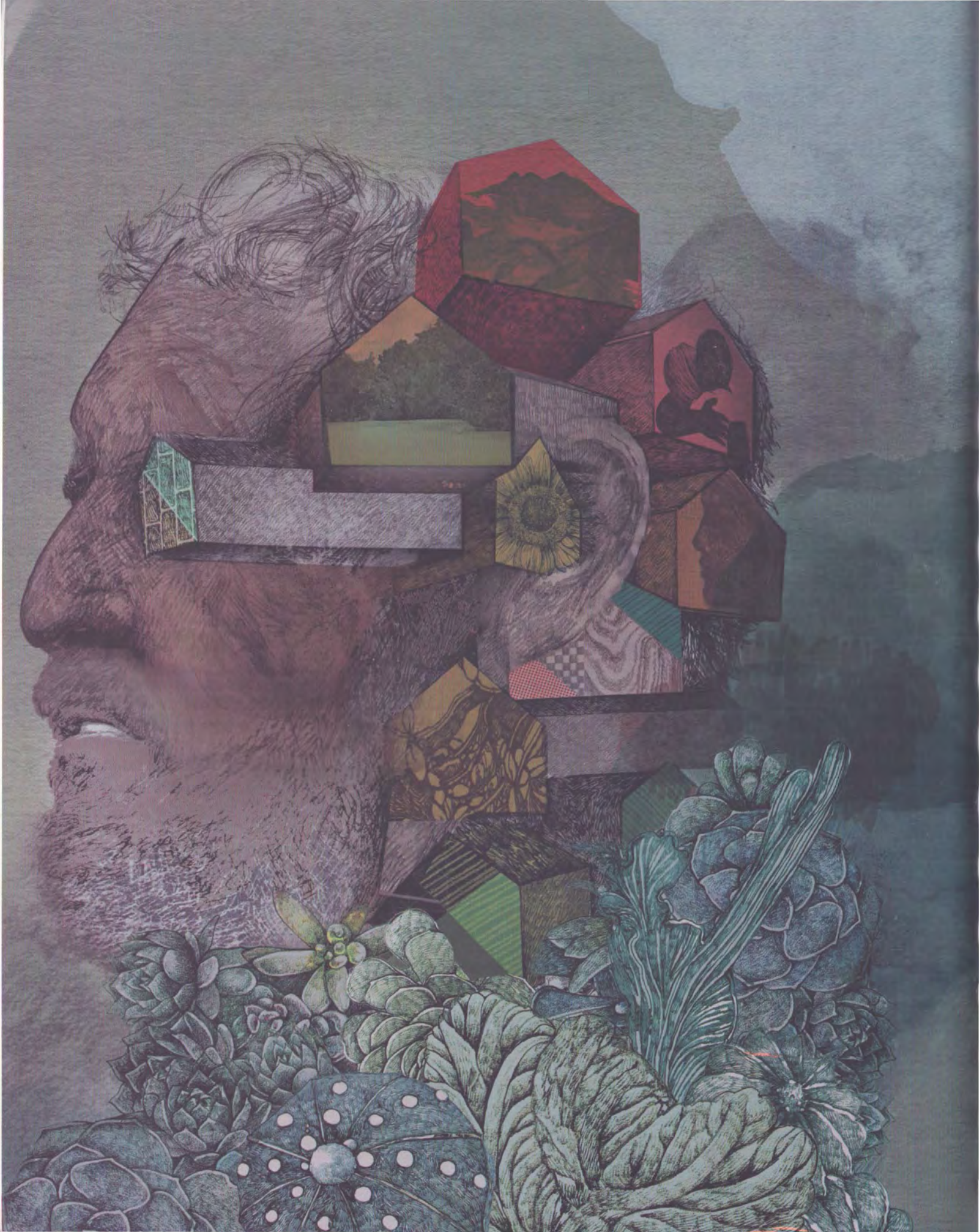
## Anahtar Terimler

model, s. 36
nöron, s. 37
sinaps, s. 37
nörotransmitter, s. 37
reseptörler, s. 37
endokrin sistem, s. 38
hormon, s. 38
beyin devresi, s. 38
genler, s. 39
psikotropik ilaç, s. 40
beyin uyarımı, s, 41
elektrokonvülsif terapi (EKT), s. 41
psikocerrahi, s. 42
bilinçdışı, s. 43
id, s. 43,
ego, s. 43
ego savunma mekanizması, s. 43
süperego, s. 44
saplantı, s. 44
nesne ilişkileri kuramı, s. 45
serbest çağrışım, s. 46
direnç, s. 46
transferans, s. 46
rüya, s. 46
katarsis, s. 47
derinlemesine çalışma, s. 47
kısa süreli psikodinamik terapiler, s. 47
ilişkisel psikanalitik terapi, s. 47
koşullanma, s. 49
klasik koşullanma, s. 49
model alma, s. 49
edimsel koşullanma, s. 49
sosyal kaygı bozukluğu, s. 51
maruz bırakma terapisi, s. 52
kendini gerçekleştirme, s. 55
danışan merkezli terapi, s. 55
gestalt terapi, s. 57
varoluşçu terapi, s. 58
aile sistemleri kuramı, s. 61
grup terapisi, s. 62
kendine yardım grubu, s. 63
aile terapisi, s. 64
toplumsal ruh sağlığı müdahalesi, s. 65
çok kültürlü bakış açısı, s. 66
kültüre duyarlı terapi, s. 67
cinsiyete duyarlı terapi, s. 67
gelişimsel psikopatoloji, s. 68
eş sonluluk, s. 69
çok sonluluk, s. 70

## Hızlı Kısa Sınav

1. Beyin yapıları, nörotransmitterler ve beyin devreleri ne demektir? Psikolojik bozukluklara yönelik biyolojik tedavileri açıklayınız. *s. 37-42*
2. Öğrenilmiş tepkiler *(s. 49)*, değerler *(s. 55)*, sorumluluk *(s. 58)*, maneviyat *(s. 58)*, altta yatan çatışmalar *(s. 43)* ve işlevsel olmayan varsayımlarla *(s. 50)* ilişkili modelleri tanımlayın.
3. Koşulsuz olumlu kabul *(s. 56)*, serbest çağrışım *(s. 46)*, maruz bırakma *(s. 52)*, farkındalık meditasyonu *(s. 53)* ve rüya yorumu *(s. 46)* tekniklerini kullanan tedavi yaklaşımlarını tanımlayın.
4. Psikodinamik *(s. 43-45)*, bilişsel-davranışçı *(s. 48-51)*, hümanistik-varoluşçu *(s. 55-59)* ve sosyokültürel modellerin *(s. 60-67)* temel ilkeleri nelerdir?
5. Psikodinamik kuramcılara göre hem normal hem de anormal davranışların gelişiminde id, ego ve süperegonun oynadığı rol nedir? Psikodinamik terapilerde kullanılan başlıca teknikler nelerdir? *s. 43-48*
6. Bilişsel-davranışçı terapistler, anormal davranışları açıklamada ve tedavide hangi koşullanma türlerine odaklanır? Ne tür bilişsel işlev bozuklukları anormal davranışa neden olabilir ve bu tür işlev bozukluklarını ele almak için hangi tedavi yaklaşımları kullanılır? *s. 49-52*
7. Hümanist kuram ve terapiler varoluşçu kuram ve terapilerden nasıl farklılaşır? *s. 55-59*
8. Sosyal etiketler ve roller, sosyal bağlantılar, ailevi etkenler ve kültür, psikolojik işlevsellikle nasıl ilişkili olabilir? *s. 60-62, 66-67*
9. Kültüre duyarlı terapi, grup terapisi, aile terapisi, çift terapisi ve toplum tedavisinin temel özellikleri nelerdir? Bu yaklaşımlar ne kadar etkilidir? *s. 62-67*
10. Gelişimsel psikopatoloji bakış açısının temel ilkeleri nelerdir? Bu bakış açısı, çeşitli psikolojik anormal davranış modellerinin değişkenlerini ve ilkelerini nasıl bütünleştirir? *s. 68-70*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğu'nu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

3

# ...KLİNİK DEĞERLENDİRME, TANI VE TEDAVİ

*Franco, arkadaşı Jesse'nin teşvik etmesi üzerine bir terapiste gitmeye başladı. Franco, kız arkadaşından ayrılalı neredeyse dört ay olmuştu ve hâlâ kendisine çekidüzen verebilmiş gibi görünmüyordu. Spor yapmayı, konsere gitmeyi ve düzenli aralıklarla yaptığı birçok şeyi tamamen bırakmıştı. Jesse'nin aramalarına nihayet geri dönmek için telefon ettiğinde son dönemde iş yerinde yaptığı birtakım ciddi ve önlenebilir hatalardan söz etti ancak bunları pek de umursamıyor gibiydi. Ayrıca çok yorgun olduğunu ve yemek yemek istemediğini ekledi. Jesse, Franco'nun klinik olarak depresyonda olduğundan şüphelendi ama o bir terapist olmadığından emin de olamadı.*

Yaşadığı ümitsizlik hissi, Franco'yu yerel bir danışmanlık merkezindeki bir terapistten randevu almaya yöneltti. Terapisti, ilk olarak Franco ve yaşadığı sıkıntılar hakkında olabildiğince çok şey öğrenmekle işe başladı: kim olduğu, nasıl bir hayatının olduğu ve sorunlarının neler olduğu. Bu soruların cevapları, mevcut işlev bozukluğunun nedenleri ve olası seyrini ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir ve Franco'ya hangi stratejilerin yardımcı olabileceğini gösterebilirdi. Sonrasında Franco'nun ihtiyaçları ve işlevselliğindeki anormallik örüntüsüne uygun tedavi belirlenebilirdi.

Bölüm 1 ve Bölüm 2'de bu alanda çalışan araştırmacıların anormal işlevselliğe dair genel anlayışı nasıl oluşturduklarını okudunuz. Klinik alanda çalışan uygulamacılar bu kapsamlı bilgiyi kullanırlar ancak yeni bir danışanla karşılaştıklarında temel odak noktaları, o kişi hakkında **idiyografik** veya kişiye özgü bilgi toplamaktır. Klinisyenler, danışanlarına yaşadıkları zorlukların üstesinden gelebilmeleri konusunda yardımcı olabilmek için danışanlarını ve onlara özgü olan zorlukları tam olarak anlamak durumundalardır. Bu tür kişiye özgü bilgileri toplayabilmek adına tanı ve değerlendirme prosedürlerini kullanırlar. Bu prosedürler, onları sonrasında *tedavi* önerebilecek bir noktaya getirir.

## Klinik Değerlendirme: Danışan, Nasıl ve Neden Anormal Davranır?

**Değerlendirme** en basit hâliyle bir sonuca varma çabasıyla ilgili kişiye özgü bilgilerin toplanmasıdır. Aslında hayatın her alanında uygulanır. Örneğin hangi mısır gevreğini alacağımıza ya da seçimlerde kime oy vereceğimize karar verirken değerlendirme yaparız. Başvuran öğrenciler arasından "en iyilerini" seçmek zorunda olan üniversite personeli, karar verme süreçlerine yardımcı olması için başvuran kişilerin akademik kayıtlarına, tavsiye mektuplarına, mülakata ve başvuru formlarına bakar. Başvuran adaylar arasından hangisinin en verimli çalışan olacağını öngörmek zorunda olan işverenler, adayların öz geçmişleri, mülakatları, referansları ve belki de iş başındayken yapacakları gözlemler aracılığıyla bilgi toplarlar.

*Klinik değerlendirme* bir kişinin anormal davranıp davranmadığını, normal dışı davranıyorsa bunun nasıl ve neden olduğunu ve o kişiye nasıl yardımcı olunabileceğini belirlemek için kullanılır. Klinik değerlendirme klinisyenlere ayrıca danışan tedaviye başladıktan bir süre sonra herhangi bir ilerleme olup olmadığını gözlemleme ve tedavinin değiştirilmesi gerekip gerekmediğine karar verme imkânı verir. Geliştirilmiş yüzlerce klinik değerlendirme tekniği ve aracı genelde üç kategori altında toplanabilir: *klinik görüşmeler, testler* ve *gözlemler*. Bu araçların işe yarar olabilmesi için öncelikle standardize edilmiş olmaları, *güvenilir* ve *geçerli* olmaları gerekmektedir.

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Klinik Değerlendirme: Danışan Nasıl ve Neden Anormal Davranır?
  - Değerlendirme Araçlarının Özellikleri
  - Klinik Görüşmeler
  - Klinik Testler
  - Klinik Gözlemler
- Tanı: Danışanın Sorunu Bilinen Bir Bozuklukla Eşleşiyor mu?
  - Sınıflandırma Sistemleri
  - DSM-5
  - DSM-5 Gerçekten Etkili Bir Sınıflandırma Sistemi mi?
  - Değişim Çağrısı
  - Tanı ve Etiketleme Zarar Verebilir mi?
- Tedavi: Danışana Nasıl Yardım Edilebilir?
  - Tedaviye Karar Verme
  - Tedavinin Etkililiği
- Klinik Değerlendirmeyi Gelecekte Ne Bekliyor?

**idiyografik bilgi** Daha büyük bir popülasyon yerine belirli bir bireye özgü bilgi.

**değerlendirme** Bir danışan ya da araştırma katılımcısıyla ilgili bilgi toplama ve yorumlama süreci.

**standardizasyon** O testteki genel performansları daha sonra herhangi bir kişinin bireysel puanını yorumlamak üzere bir standart veya norm görevi görmesi için bir testin büyük bir grup insana uygulanması süreci.

**güvenirlik** Test veya araştırma sonuçlarının tutarlığının ölçümü.

**geçerlik** Bir testin ya da araştırma sonucunun doğruluğunun ölçümü.

## Değerlendirme Araçlarının Özellikleri

Tüm klinisyenler, değerlendirme aracının belirli bir türünü kullanacakları zaman aynı prosedürleri izlemelidir. Bu bağlamda bir aracı **standardize etmek**, uygulanmasında izlenecek ortak adımları oluşturmak anlamına gelir. Benzer şekilde klinisyenler belirli bir puanın ne anlama geldiğini anlayabilmek için o değerlendirme aracının sonuçlarının nasıl yorumlanacağını da standartlaştırmalıdır. Bir testin puanları da standart hâle getirilebilir. Örneğin ilgili değerlendirme aracını öncelikle bir grup katılımcıya uygulayarak onların alacakları puanlar ile sonrasında bireysel olarak uygulandığında karşılaştırılabilecek genel bir standart veya norm oluşturabilir. Elbette ilk başta uygulama yapılan grubun, testin amaçlandığı daha büyük popülasyonu/evreni temsil etmesi gerekir. Örneğin genel olarak halka yönelik olarak geliştirilmiş bir saldırganlık testinin standardizasyonu bir grup denizci ile yapılmışsa bu örneklemden belirlenen "normun" genel olarak tüm toplumda kullanımı yanıltıcı olabilir.

**Güvenirlik,** değerlendirme ölçümlerinin tutarlığına işaret etmektedir. İyi bir değerlendirme aracı, benzer koşullarda daima yakın sonuçlar verecektir (Blanchard ve diğ., 2017). Bir değerlendirme aracı, aynı kişilere her verildiğinde benzer sonuçlar veriyorsa o aracın, güvenirliğin bir türü olan, test-tekrar-test güvenirliği yüksek demektir. Eğer bir kadının belirli bir teste verdiği yanıtlar o kadının alkolik olduğuna işaret ediyorsa aynı kadına bir hafta sonra aynı test uygulandığında da benzer bir sonuç vermelidir. Test-tekrar-test güvenirliğini ölçebilmek için katılımcılar iki ayrı zamanda test edilmeli ve bu iki sonuç birbirleriyle korelasyona sahip olmalıdır (Tenke ve diğ., 2017). Daha yüksek düzeydeki korelasyon katsayısı (bk. Bölüm 1), testin güvenirliğinin daha yüksek olması anlamına gelir.

Okulda katıldığınız sınavlar ne ölçüde geçerli ve güvenilir? Çevrimiçi olan sınavlara ne demeli?

Eğer bir değerlendirme aracı üzerinde farklı değerlendiriciler o aracı nasıl puanlayacakları ve yorumlayacakları konusunda birbirlerinden bağımsız olarak hemfikir olabiliyorsa o değerlendirme aracının, bir başka güvenirlik türü olan, değerlendiriciler arası (veya yargılayıcılar arası) güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenir. Doğru-yanlış ya da çoktan seçmeli testler, onları kimin değerlendirdiğinden bağımsız olarak, tutarlı sonuçlar verirken diğer testler değerlendiricinin bir yargıda bulunmasını gerektirir. Kişinin bir resmin kopyasını çizmesini gerektiren ve bir değerlendiricinin, resmin kopyasının doğruluğunu değerlendirdiği bir testi düşünün. Farklı değerlendiriciler aynı çizime farklı derecelendirmeler yapabilir.

Son olarak bir değerlendirme aracı **geçerli** olmalıdır: Neyi ölçmesi bekleniyorsa onu *doğru* olarak ölçmelidir. Bir tartının üzerine her seferinde 10 kilogramlık şeker torbası konulduğunda tartının bunu 12 kilogram olarak gösterdiğini varsayalım. Bu tartıdaki ölçek, gösterdiği miktar tutarlı olduğu için güvenilir olsa da gösterdiği değer geçerli veya doğru değildir.



Joe Murphy/Getty Images

**Güvenilir bir değerlendirme?** Eski Ulusal Basketbol Birliği yıldızları Magic Johnson, Shaquille O'Neal, Tracy McGrady, Dikembe Mutombo ve George Gervin 2016 All-Star smaç yarışmasında jüri olarak görev yaptı. Her smaçtan sonra nispeten geniş bir aralıkta yaptıkları puanlamalarla düşük değerlendiriciler arası güvenirlik sergilediler.

Belirli bir değerlendirme aracı, mantıklı olduğu ve makul göründüğü için geçerli görünebilir. Bununla birlikte görünüş geçerliği olarak adlandırılan bu tür bir geçerlik tek başına, aracın güvenle kullanılabileceği anlamına gelmez. Bir depresyon testi örneğin bir kişinin ne sıklıkla ağladığına dair sorular içerebilir. Depresyonda olan bir kişinin ağlayabileceği, mantıklı geldiği için bu testin sorularının *görünüş geçerliğinden* bahsedilebilir. Bununla birlikte birçok insanın depresyon haricindeki nedenlerden dolayı da ağladığı ya da aşırı derecede depresif kişilerin de hiç ağlamadığı durumlar ile karşılaşmak mümkündür. Bu nedenle yüksek yordayıcı geçerliği veya eş zaman geçerliği olmadıkça bir değerlendirme aracı kullanılmamalıdır (Duan ve diğ., 2018).

*Yordayıcı geçerlik* bir ölçeğin gelecekteki olası durumları veya davranışları tahmin edebilme becerisidir. Lisede sigara içmeye başlama ihtimali olan ilkokul çocuklarını belirlemek için bir test geliştirildiğini varsayalım. Bu test, çocukların ailelerinin kişisel özellikleri, sigara kullanımları ve sigaraya karşı tutumlarıyla ilgili bilgi toplayarak yüksek riskli çocukları belirler. Testin yordayıcı geçerliğini belirlemek için araştırmacılar testi bir grup ilkokul öğrencisine uygulayabilir, bu öğrenciler liseye gelene kadar bekleyebilir ve ardından hangi çocukların gerçekten sigara içtiğini kontrol edebilirler.

*Eş zamanlı geçerlik*, bir araçla elde edilen ölçümlerin, başka bir değerlendirme tekniğinden elde edilen ölçümlerle arasındaki uyum derecesidir. Kaygıyı ölçmek için geliştirilmiş yeni bir testten katılımcıların aldıkları puanların, başka bir kaygı testinden aldıkları puanlarla ya da klinik görüşme süresince gözlenen kaygı davranışlarıyla yüksek korelasyonu olması beklenir.

Herhangi bir değerlendirme tekniğinin tam olarak yararlı olabilmesi için standardizasyon, güvenirlik ve geçerlik gerekliliklerini sağlaması gerekir. Bir teknik ne kadar iç görüsü yüksek veya zekice olursa olsun sonuçları yorumlanamaz, tutarsız veya yanlışsa klinisyenler bu sonuçları faydalı bir şekilde kullanamazlar. Ne yazık ki her klinik değerlendirme aracı bu özellikleri barındırırarak klinik değerlendirmelerin gereklerini tam anlamıyla yerine getiremiyor.



Imaginechina via AP Images

**Doğru elemanı bulmak** Çin'in askere alım zamanında genç bir adam, bir dizi psikolojik test için bilgisayar karşısında oturuyor. Bu testler ordu tarafından her adayı psikolojik sağlamlık, baş etme becerileri, zekâ ve liderlik potansiyeli açısından değerlendirmek üzere kullanılıyor.

## Klinik Görüşme

Çoğumuz içgüdüsel olarak insanları tanımanın en iyi yolunun onlarla yüz yüze görüşmek olduğunu düşünürüz. Bu sayede yaptıklarımıza ve söylediklerimize verdikleri tepkileri görebilir, onlar cevap verirken dinleyebildiğimiz gibi aynı zamanda gözlemleyebilir ve genel olarak kim olduklarına dair bir fikir edinebiliriz. *Klinik görüşme* işte tam da böyle bir yüz yüze karşılaşmadır (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2017). Eğer klinik bir görüşme sırasında bir erkek, annesinin yakın zamandaki ölümünden dolayı duyduğu üzüntüyü anlatırken mutlu bir yüz ifadesi takınıyorsa klinisyen adamın bu kayıpla ilgili aslında çelişkili duyguları olduğundan şüphelenebilir.

**Görüşmeyi Yürütmek** Görüşme, çoğu zaman danışan ve klinisyen arasındaki ilk iletişimdir. Klinisyen bu görüşmeyi danışanın sorunları ve duyguları, yaşam tarzı ve ilişkileri ile kişisel geçmişine dair ayrıntılı bilgi toplamak için kullanır. Aynı zamanda danışanın terapiden beklentilerini ve başvuru sebeplerini de bu görüşmede konuşabilir. Örneğin Franko ile çalışan klinisyen sürece, yüz yüze görüşme ile başladı:

*Franco, gri eşofman altı ve üzerinde bir tişört ile randevusuna geldi. Kirli sakalları tıraş olmadığını ve penyesindeki yemek lekeleri de onu bir süredir yıkamadığını gösteriyordu. Franco herhangi bir duygudan yoksun bir şekilde konuştu. Sandalyeye oturuş biçimi, burada olmak istemediğine dair net sinyaller veriyordu.*

*Israr edildiğinde kendisinden 13 yaş küçük olan 25 yaşındaki Maria ile olan iki yıllık ilişkisi hakkında konuştu. Franco o an, gelecekteki eşiyle tanıştığına inanmıştı ancak Maria'nın despot annesi aralarındaki yaş farkından hoşnut değildi ve kızına sürekli daha iyi birini bulabileceğini*

*(devamı sonraki sayfada)*

**mental durum değerlendirmesi** Danışanın anormal işleyişinin derecesini ve doğasını ortaya çıkarmak için tasarlanmış bir dizi görüşme sorusu ve gözlemidir.

**klinik test** Bir kişinin psikolojik işlevselliğinin birkaç yönü hakkında bilgi toplamak için kullanılan ve kişi hakkında daha geniş bilgilerin çıkarılabileceği bir araç.

**projektif test** Kişinin yorumladığı ya da tepki verdiği belirsiz materyalden oluşan test.

*söylüyordu. Franco, Maria'nın annesine karşı koymasını ve kendisiyle eve çıkmasını istiyordu fakat bunu yapmak Maria için kolay değildi. Maria'nın annesinin onun üzerinde çok fazla etkiye sahip olduğuna inanarak ve Maria'nın kendisine tam olarak bağlanamayacağını düşündüğü için bir kavga sırasında Maria'dan ayrılmıştı. Kısa sürede yaptığı şeyin dürtüsel bir eylem olduğunu anlamıştı fakat Maria ona geri dönmeyi kabul etmedi.*

*Çocukluğu sorulduğunda, kendisi 12 yaşındayken babasının kendisini futbol antrenmanından almaya geleceği sırada, korkunç bir araba kazasında öldüğünü anlattı. Başlangıçta, babası Franco'ya onu antrenmandan alamayacağını söylemişti ancak Franco o anda bir "öfke nöbeti geçirdi" ve babası programını yeniden düzenlemeyi kabul etti. Bu sebeple Franco, babasının ölümünden kendisinin sorumlu olduğuna inanıyordu.*

*Franco, yıllar geçtikçe annesinin, onu tek başına büyütmek için "kendi hayatından vazgeçmek" zorunda kaldığından yakınarak kendini suçlama duygusunu pekiştirdiğini söyledi. Franco'ya karşı her zaman kötüydü ve Franco'nun sonrasında çıktığı her kadına da kötü davranıyordu. Hatta Franco'nun "tek başına öleceğini" bile söylüyordu.*

*Franco, kendisini okul yılları boyunca çok mutsuz olarak tanımlıyordu. Okuldan nefret ediyor ve kendisini diğer çocuklardan daha az zeki olarak görüyordu. Zaman zaman bir öğretmeninin kendisini cesaretlendirmek amacıyla yaptığı bir eleştiri bile Franco'yu günlerce ödev yapamaz hâle getiriyordu ve notları çok düşmüştü. Gerçekten aptal olduğuna inanıyordu. Benzer şekilde hayatının ileriki yıllarında, banka yöneticisi pozisyonuna yükseldiğinde bu durumu tamamen çok çalışmasına bağlıyordu. "Oradaki diğer kişiler kadar zeki olmadığımı biliyorum."*

*Franco, Maria'dan ayrıldığından beri her zamankinden daha mutsuz olduğunu söylüyordu. Sıklıkla tüm geceyi televizyon izleyerek geçiriyordu. Aynı zamanda ekranda olanlara zar zor dikkatini verebiliyordu. Bazı günler yemek yemeyi unuttuğunu söyledi. Arkadaşlarını görmek istemiyordu. İş yerinde günler birbirine geçmiş durumdaydı, yalnızca amirlerinin artan sayıdaki kınamaları günleri ayırıyordu. İş yerinde yaşadığı bu sorunları yetenek eksikliğine bağlıyordu. Amirleri, başından beri iş için yeterince iyi olmadığını anlamışlardı. .*

Bu türden geçmiş yaşama dair bilgi toplamanın ötesinde klinik görüşmeciler, önemli olduğunu düşündükleri konulara ayrıca dikkat ederler (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2017; Miller, 2015). Psikodinamik görüşmeciler, kişinin ihtiyaçlarını ve geçmiş olaylara ve ilişkilere dair anılarını öğrenmeye çalışır. Bilişsel davranışçı görüşmeciler tepkileri tetikleyen uyaranları, tepkilerin sonuçları ve/veya kişiyi etkileyen varyasım ya da yorumlamaları tanımlamaya çalışır. İnsancıl klinisyenler kişinin kendini değerlendirmesi, benlik kavramı ve değerleri hakkında sorular sorarlar. Biyolojik klinisyenler, biyokimyasal veya beyin işlev bozukluğuna ilişkin belirtileri arar ve sosyokültürel görüşmeciler aile, sosyal ve kültürel çevre hakkında sorular sorarlar.

Görüşmeler yapılandırılmamış veya yapılandırılmış olabilir. *Yapılandırılmamış görüşme*de klinisyen çoğunlukla "Bana biraz kendinizden bahseder misiniz?" gibi basit, açık uçlu sorular sorar. Bir yapının olmayışı görüşmecinin ipuçlarını takip etmesine ve görüşmeden önce tahmin edilemeyen konuları keşfetmesine olanak tanır.

*Yapılandırılmış görüşme*de klinisyen önceden hazırlanmış çoğu zaman da spesifik sorular sorar. Bazen tüm görüşmeler için tasarlanmış bir dizi standart sorudan oluşan yayımlanmış bir *görüşme taslağı* kullanırlar. Çoğu yapılandırılmış görüşme bir **mental durum değerlendirmesini** de içerir. Burada bir dizi soru ve gözlem alanı ile danışanın farkındalığı, yer ve zaman oryantasyonu, dikkat aralığı, hafızası yargılama ve iç görüsü, düşünce içerik ve süreci, duygu durumu ve görünümü sistematik bir şekilde değerlendirilir (Palsetia ve diğ., 2018; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2017). Yapılandırılmış format, klinisyenlerin tüm görüşmelerinde aynı tür önemli konuları ele almalarını sağlar ve farklı bireylerin yanıtlarını karşılaştırmalarına olanak tanır.

Çoğu klinik görüşme yapılandırılmamış ve yapılandırılmış parçaları içinde barındırsa da (Lee ve diğ., 2017) birçok klinisyen bir türü diğerine tercih etmektedir. Yapılandırılmış formatlar, anormal işlevselliğin altında yatabilecek olan davranış ve düşünce süreçlerini belirlemeye ihtiyaç duyan bilişsel davranışçı terapistler tarafından yaygın olarak kullanılırken psikodinamik ve hümanistik yönelimli klinisyenler yapılandırılmamış görüşmelere yönelme eğilimindedir.

#

## #İstihdamTaraması

Şirketlerin neredeyse %60'ı iş için uygun adayları taramak amacıyla sosyal ağları kullanmaktadır. Neden? Adayların kendilerini profesyonelce tanıtıp tanıtmadıklarını (%65), firmanın kültürüyle uyumlu olup olmadıklarını (%51), nitelikli olup olmadıklarını (%45) ve/veya çok yönlü olup olmadıklarını görebilmek için (CareerBuilder, 2017, 2012).

**Klinik Görüşmenin Sınırlılıkları Nelerdir?** Görüşmeler çoğu zaman bir kişi hakkında değerli bilgiler sunsa da başarabileceklerinin de bazı sınırları bulunmaktadır. Bazen geçerliğinin ya da doğruluğunun az olması bu sınırlar arasında yer almaktadır (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2017). İnsanlar kendilerini pozitif bir şekilde sunmak ya da kendileri için utanç verici konuları tartışmaktan kaçınmak amacıyla bilinçli bir şekilde yanıltabilirler ya da görüşmede doğru beyanlar veremeyebilirler. Depresyondan muzdarip olan kişiler örneğin kendilerine karşı olumsuz bir tutum sergiler ve gerçekte durum öyle olmasa da kendilerini kötü bir çalışan ya da yetersiz bir ebeveyn olarak tanımlayabilirler.

Görüşmeciler de topladıkları bilgiyi çarpıtabilecek yargılama hataları yapabilirler (Kiger, 2017; Groth-Marnat & Wright, 2016). Örneğin genellikle çok fazla ilk izlenime dayanırlar ve bir danışanla ilgili olumsuz nitelikteki bilgiye çok fazla dikkat ederler. Cinsiyet, ırk ve yaş gibi görüşmeci yanlılıkları da danışanın söylediklerine ilişkin değerlendiricinin yorumlamalarını etkileyebilir.

Görüşmeler, özellikle de yapılandırılmamış olanların güvenirlikleri de düşük olabilir (Young, Bell, Fristad, 2016). İnsanlar farklı görüşmecilere farklı yanıtlar verme eğilimindelerdir. Örneğin daha soğuk veya mesafeli bir görüşmeciye sıcak ve destekleyici bir görüşmeciye verdiklerinden daha az bilgi vermek gibi (Quas ve diğ., 2007). Benzer şekilde görüşmecinin ırkı, cinsiyeti, yaşı ve görünüşü de danışanın cevaplarını etkileyebilir (Davis ve diğ., 2010).

Aynı kişiye aynı soruları sorsalar dahi farklı klinisyeler farklı cevaplar alacağı ve farklı bir sonuç çizebileceği için bazı araştırmacılar psikolojik görüşmenin, bir klinik değerlendirme aracı olarak tanımlanmasından vazgeçilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Az sonra görebileceğiniz gibi diğer iki klinik değerlendirme türü de önemli sınırlılıklara sahiptir.

#

**#Anidençıkanbirkavram**

Çevrim içi ketleme etkisi, insanların internetteyken kendilerini daha az dizginleme eğilimini ifade eder (Suler, 2016, 2004; Sitt, 2013).

## Klinik Testler

*Klinik testler*, bir kişi hakkında daha geniş bilginin elde edilebileceği psikolojik işleyişinin birkaç yönü hakkında bilgi toplamak için kullanılan araçlardır. Görünüşte etkili bir test tasarlamak kolay görünebilir. Örneğin internet sayfaları sıklıkla bize kişiliğimiz, ilişkilerimiz, cinsel yaşamımız, stres tepkilerimiz ya da başarı kabiliyetimize dair bilgiler verdiğini iddia eden yeni testler sunmaktadır. Bu tür testler ilk başta inandırıcı gelebilir ancak çoğu güvenirlik, geçerlik ve standardizasyondan yoksundur. Yani tutarlı ve doğru bilgi vermezler veya başkalarına kıyasla bulunduğumuz yeri açıklamazlar.



D. Bayes/Lebrecht Music & Arts/Alamy



D. Bayes/Lebrecht Music & Arts/Alamy

**Değerlendirme Sanatı** Klinisyenler sanat eserlerini genellikle sanatçıların çatışmalarını ve zihinsel sağlamlığını ortaya koydukları yansıtmalı testler olarak görür. Örneğin yirminci yüzyılın başlarındaki sanatçı Louis Wain'in bazen tuhaf kedi portreleri, onun uzun yıllar mücadele ettiği psikozun yansımaları olarak yorumlanmıştır.

Günümüzde tüm dünyada 1000'den fazla klinik test hâlen kullanımdadır (EBSCO, 2018). Klinisyenler uygulamada altı tür testi, sıklıkla kullanır: projektif testler, kişilik envanterleri, tepki envanterleri, psikofizyolojik testler, nörolojik ve nöropsikolojik testler ve zekâ testleri.

**Projektif Testler** danışanların mürekkep lekeleri veya anlamı belli olmayan resimler gibi belirsiz uyaranları yorumlamasına veya "Bir kişi çiz." gibi açık uçlu talimatları izlemesine dayalıdır. Teorik olarak ipuçları ve talimatlar çok genel olduğunda insanlar kişiliklerinin bazı yönlerini bu talebe "yansıtırlar". Projektif testler öncelikli olarak psikodinamik yönelimli klinisyenler tarafından anormal işleyişin temelinde olduğuna inandıkları, kişinin bilinç dışı istek ve çatışmalarını değerlendirmelerine yardımcı olmaları amacıyla kullanılır (Fournier, 2018). En yaygın olarak kullanılan projektif testler; Rorschach testi, tematik algı testi, cümle tamamlama testleri ve çizimlerdir.



Spencer Grant/ Science Source

**ŞEKİL 3-1**

**Rorschach Testi'nde kullanılanlara benzeyen bir mürekkep lekesi**

**RORSCHACH TESTİ** 1911 yılında İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach, klinik çalışmaları sırasında mürekkep lekelerinin kullanımını denedi. Kâğıda mürekkep damlatarak ve ardından Şekil 3-1'de gösterildiği gibi simetrik ama tamamen tesadüfi bir tasarım oluşturmak için kâğıdı ikiye katlayarak binlerce leke yaptı. Rorschach, herkesin bu lekelerde görüntüler gördüğünü keşfetti. Ek olarak lekeye bakan bir kişinin gördüğü görüntüler, o kişinin psikolojik durumuyla önemli ölçüde örtüşüyor gibiydi. Örneğin şizofreni teşhisi konan kişiler, depresyon yaşayan kişiler tarafından tanımlananlardan daha farklı görüntüler görme eğilimindeydiler.

Rorschach, bu mürekkep lekelerinden 10 tanesini seçti ve değerlendirmede nasıl kullanılacaklarını anlatan yönergeleriyle birlikte 1921 yılında yayınladı (bakınız ***Akıl ve Teknoloji***). Bu set, *Rorschach Psikodinamik Mürekkep Lekeleri Testi* olarak adlandırıldı. Rorschach, sadece 8 ay sonra, 37 yaşındayken öldü. Ama çalışmaları diğerleri tarafından sürdürüldü ve mürekkep lekeleri, yirminci yüzyılda en yaygın kullanılan projektif testler arasında yerini aldı.

**Sınırlılıklarına rağmen, hemen hemen herkes Rorschach'yı duymuştur. Sizce neden bu kadar ünlü ve popüler?**

Klinisyenler, şimdiki bilinen ismiyle Rorschach'yı uygularken, bir mürekkep lekesi kartını belirli bir zaman içerisinde danışana gösterip o kartta ne gördüklerini, mürekkep lekesinin neye benzediğini ya da kendisine ne hatırlattığını sorar. İlk yıllarda Rorschach uygulayıcıları, mürekkep lekelerinin akla getirdiği temalara ve görüntülere özel önem verdiler (Choca & Rossini, 2018). Şimdiki uygulayıcılar ise artık yanıtların stiline de dikkat ediyorlar: Danışanlar lekeyi bir bütün olarak mı görüyorlar yoksa belirli bir ayrıntıya mı odaklanıyorlar? Lekelere mi yoksa aralarındaki beyaz boşluklara mı odaklanıyorlar?

## AKIL VE TEKNOLOJİ

### Psikolojinin WikiLeaks'i mi?

2009'da bir acil servis doktoru, çevrim içi ansiklopedi Wikipedia'da her karta verilen ortak tepkilerle birlikte 10 Rorschach kartının tümünü yayımladı. Testin yayıncısı Hogrefe Yayınevi, ansiklopedinin görüntüleri yayımlamayı kabul etmesinin "akıl almaz bir pervasızlık" olduğunu söyleyerek Wikipedia'yı mahkemeye vermekle tehdit etti (Cohen, 2009). Ancak hiçbir yasal işlem yapılmadı ve bugüne kadar tüm dünyanın görmesi için Wikipedia'da 10 kart kaldı.



Will & Deni McIntyre/Getty Images

Wikipedia'da kartların ilk kez yayımlandığı zamandan bu yana pek çok psikolog, önceden testi gören kişilerin Rorschach testine verdikleri yanıtların güvenilir olmayacağını belirterek Wikipedia'yı eleştirmektedir (White, 2017). Endişeleri doğrular nitelikte bir çalışma, Wikipedia Rorschach test makalesini okumanın, aslında birçok kişinin daha iyi performans göstermesine yardımcı olduğunu göstermiştir (Schultz & Brabender, 2012). Bu klinik kaygılar, psikolojik test yanıtlarının profesyonel olmayan kaynaklarda yayımlanmasının yanlış olduğunu ve hastalara zarar verebileceğini savunan İngiliz, Kanada ve Amerikan Psikoloji derneklerinin uzun süredir devam ettirdikleri tutum ile tutarlı görünmektedir.

Diğer eleştirmenler de Rorschach kartlarının ücretsiz biçimde çevrim içi olarak yayınlanmasının, hastaların Rorschach yanıtlarını belirli psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren binlerce bilimsel çalışmayı anlamsız hâle getirdiğini söylüyor (White, 2017; Plante, 2016). Sözü edilen bu çalışmalar, kartları öncesinde çevrim içi ortamda görmemiş olan yani mürekkep lekelerini ilk kez gören kişilerle yürütülmüş olan çalışmalar. Bu eleştirilere rağmen Wikipedia'nın ilk kez yayımlamasından sonra birkaç internet sayfası Rorschach kartlarının görsellerini ısrarla yayımlamayı sürdürmektedir (Plante, 2016). Peki neden? Bunun bir nedeni tüm tartışmanın, görece çok az kişinin daha önce farkında olduğu bir gerçeği gün yüzüne çıkarması, testin telif hakkı aslında 1990'larda İsviçre ve Amerika Birleşik Devletler de dâhil olmak üzere birçok ülkede sonlanmış olmasıdır (White, 2017; Adamowicz, 2016). Telif hakkıyla ilgili kanunlarına göre yazarın ölümünün üstünden 70 yıldan fazla bir süre geçtiği ve/veya test ilk kez 1923'ten önce yayımlandığı için Rorschach test materyalleri kamuya mal olmuştur. Bu maalesef yasal olarak herkesin kartları kullanabileceği veya resmî olarak sergileyebileceği anlamına gelir. Elbette bu yasal ayrım, bu tartışmayı çevreleyen önemli etik ve mesleki endişeleri ortadan kaldırmıyor.

**TEMATİK ALGI TESTİ** Tematik algı testi (TAT), resimlerden oluşan başka bir projektif testtir (Cramer, 2017; Morgan & Murray, 1935). TAT uygulanan kişilere çoğunlukla üzerinde belirsiz durumlardaki kişilerin yer aldığı siyah beyaz resimlerden oluşan 30 adet kart gösterilir ve her bir kart için bir hikaye anlatmaları istenir. Test uygulanan kişiler, kartta o an ne olduğunu, buna neyin yol açmış olduğunu, resimdeki karakterlerin ne hissettikleri ve düşündükleri ile o durumun sonucunun ne olacağını anlatmalıdır.

TAT kullanan klinisyenler, insanların her zaman kartlardaki karakterlerden biriyle özdeşim kurduğuna inanırlar. Anlattıkları hikayelerin bireylerin kendi koşullarını, ihtiyaçlarını ve duygularını yansıttığı düşünülmektedir. Örneğin bir kadın danışan, **Şekil 3-2**'de gösterilen resme benzer bir TAT kartı hakkındaki hikayeyi anlatırken kendi duygularını açığa vuruyor gibi görünüyor:

> *Bu, dargın olduğu annesiyle ilgili anılardan oldukça rahatsız olan bir kadın. Annesine karşı davranış tarzından dolayı üzüntü duyuyor ve annesine dair anılar onu rahatsız ediyor. Yaşı ilerledikçe ve kendi çocuklarının da kendisinin annesine davrandığı gibi ona davrandığını gördükçe bu duygular daha da yoğunlaşmış gibi görünüyor.*
>
> *(Aiken, 1985, s. 372)*



carterdayne/Getty Images

**FİGÜR 3-2**

**Tematik algı testinde kullanılanlara benzer bir resim**

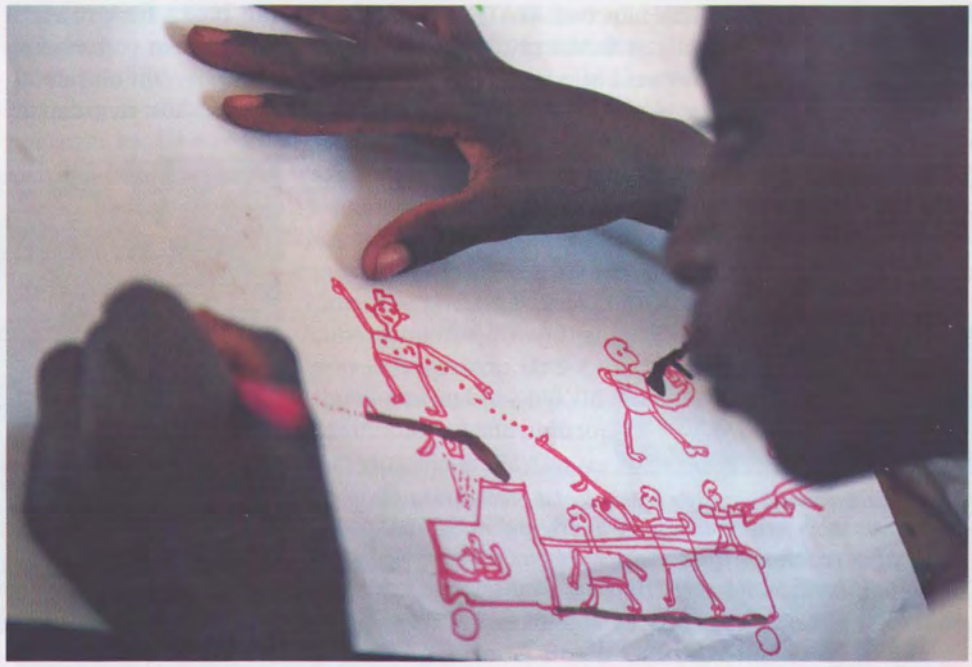
**CÜMLE TAMAMLAMA TESTİ** ilk olarak 1920'lerde geliştirilen (Payne, 1928) cümle tamamlama testinde testi alan kişi, "İstedim ki..." ya da "Babam..." gibi yarım bırakılmış cümleleri tamamlar. Bu test, tartışmayı başlatmak için iyi bir sıçrama tahtası ve keşfedilecek konuları saptamanın hızlı ve kolay bir yolu olarak kabul edilir (Weiner & Greene, 2017).

**ÇİZİMLER** Varsayıma göre bir çizim bize o çizimi yapan kişi hakkında bir şeyler söyler. Klinisyenler sıklıkla danışanlarından bir insan resmi çizmelerini ve onun hakkında konuşmalarını isterler (Weiner & Greene, 2017). Bu çizimlerin değerlendirmesi, çizimin şekli, çizginin niteliği, çizimin kâğıt üzerindeki konumu, figürlerin büyüklüğü ve özellikleri, arka plan kullanımı, çizim sırasında danışanın yaptığı yorumlar dikkate alınarak yapılır. En popüler çizim testi olan bir insan çiz (draw a person) testinde insanlardan öncelikle "bir insan" çizmeleri ve sonrasında diğer cinsiyetten bir insan çizmeleri istenir.

**PROJEKTİF TESTLERİN MARİFETLERİ NELERDİR?** 1950'ler boyunca projektif testler, kişiliği değerlendirmek için kullanılan en yaygın yöntemlerdi. Ancak son yıllarda klinisyenler ve araştırmacılar bu testleri "tamamlayıcı" bilgiler elde etmek amacıyla kullanıyorlar. Bu değişimin bir nedeni, yeni kuramları takip eden uygulayıcıların bu testleri psikodinamik klinisyenlere göre daha az kullanmasıdır. Daha önemlisi de projektif testlerin tatmin edici güvenirlik veya geçerliklerinin olmamasıdır (Weiner & Greene, 2017; Mihura ve diğerleri, 2016).

Güvenirlik çalışmalarında aynı kişinin projektif test sonuçlarını farklı klinisyenlerin epeyce farklı şekillerde puanlayabildiği görülmektedir. Benzer şekilde geçerlik çalışmalarında da zaman zaman klinisyenin bir danışanın kişiliği veya duygularını projektif test tepkileri temelinde yorumladığı zamanki sonuçlar, danışanın öz bildirimine dayanan ölçümlerle, psikoterapistin gözlemleriyle ya da kapsamlı şekilde hazırlanmış vaka öyküsüyle örtüşmemektedir (Bornstein, 2007).

Bir başka geçerlik sorunu da projektif testlerin bazen etnik azınlıklara karşı ön yargılı olmasıdır (bk. Tablo 3-1, sayfa 81). Örneğin insanların kendileri hakkında hikâyeler üretirken TAT'daki karakterlerle özdeşleşmeleri beklenir ancak TAT resimlerinde azınlık gruplarının hiçbir üyesi temsil edilmemiştir. Bu soruna çözüm olarak bazı klinisyenler Afrikalı Amerikalı veya Hispanik karakterlerin yer aldığı TAT benzeri başka testler geliştirmişlerdir (Costantino ve diğerleri, 2014, 2007).



Philippe Desmazes/Getty Images

**Çizim testi** Çizim testleri, genellikle çocukların psikolojik işlevsellikllerini değerlendirmekte kullanılır. UNICEF tarafından uygulanan terapi programın bir parçası olarak Nijeryalı bu genç göçmen burada, bir çatışma sahnesi çiziyor. Program, kuzeydoğu Nijerya'daki aşırılık yanlısı gruplardan kaçan insanları ağırlayan, Çad'ın batısında bir kasaba olan Baga Sola'da uygulanmaktadır.

**KİŞİLİK ENVANTERLERİ** İnsanlar hakkında bilgi toplamanın bir diğer alternatif yolu ise onlardan kendilerini değerlendirmelerini istemektir. Kişilik envanterini yanıtlayan kişiler kendi davranışları, inanışları ve duygularına ilişkin pek çok soruya cevap verir. Tipik bir kişilik envanterinde, insanlar kendilerine verilen uzun liste içerisindeki her bir durumun kendileri için geçerli olup olmadığına karar verir. Klinisyenler daha sonra bu yanıtları, o kişinin kişiliği ve psikolojik işleyişi hakkında sonuçlar çıkarmak için kullanırlar.

En yaygın kullanılan kişilik envanteri açık farkla Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'dir (MMPI). Yetişkinler için iki versiyonu mevcuttur. İlki 1945'te yayımlanan orijinal test, diğeri ise orijinal testin 1989 revizyonu olan ve 2001'de yeniden gözden geçirilen MMPI-2. Envanterin ayrıca MMPI-2-Yeniden Yapılandırılmış Form olarak adlandırılan alternatif ve geliştirilmiş bir versiyonu ve ergenleri değerlendirebilmeyi sağlayan MMPI-A olarak adlandırılan özel bir versiyonları da bulunmaktadır (Weiner & Greene, 2017; Handel, 2016).

MMPI, "doğru", "yanlış" ya da "bilmiyorum" olarak işaretlenen 550'den fazla ifade içerir. İfadeler bedensel endişelerden ruh hâline, cinsel davranışlar ve sosyal aktivitelere kadar değişen çeşitlilikte farklı konuları kapsar. İfadeler bir araya geldiğinde her biri bir bireyin 0 ile 120 arasında puan alabileceği 10 klinik ölçek oluşturur. Kişiler bir ölçekte 70'in üzerinde puan aldıklarında bu ölçekteki işleyişlerinin normalden saptığı kabul edilir. 10 ölçek puanı yan yana düşünüldüğünde kişinin genel kişiliğini gösteren profil adı verilen bir grafik şekillenir. MMPI'da yer alan 10 ölçek aşağıda belirtilmiştir:

**Hipokondriyazis** Bedensel işlevlerle ilgili normal dışı endişeyi gösteren maddeler ("Haftada birkaç kez göğüs ağrım olur.")

**Depresyon** Aşırı karamsarlık ve umutsuzluk gösteren maddeler ("Gelecek hakkında sık sık umutsuz hissediyorum.")

**Histeri** Kişinin bilinç dışı çatışmalardan ve sorumluluklardan kaçınmanın bir yolu olarak fiziksel veya zihinsel semptomları kullanabileceğini öne süren maddeler ("Kalbim sık sık o kadar sert atıyor ki hissedebiliyorum.")

**Psikopatik Sapma** Sosyal normlara tekrarlı şekilde ve büyük ölçüde aldırış etmeme ve duygusal sığlığı gösteren maddeler ("Yaptıklarım ve ilgi alanlarım genellikle başkaları tarafından eleştirilir.")

**Erkeklik-kadınlık** Erkek ve kadın katılımcıları ayırdığı düşünülen öğeler ("Çiçek düzenlemeyi severim.")

**kişilik envanteri** İnsanların karakteristik ya da karakteristik olmayan olarak değerlendirildiği davranış, inançlar ve duygularla ilgili ifadelerden oluşan, kişilik özelliklerini geniş bir çerçevede ölçmek için tasarlanmış bir testtir.

**Paranoya** Olağandışı şüphecilik ile büyüklük veya perseküsyon sanrılarını gösteren ifadeler ("Zihnimi etkilemeye çalışan kötü insanlar var.")

**Psikasteni** Obsesyonlar, kompulsiyonlar, olağandışı korku, suçluluk ve kararsızlığı gösteren ifadeler ("Hiç kullanmadığım halde satın aldığım neredeyse her şeyi saklarım.")

**Şizofreni** Tuhaf veya alışılmadık düşünceler veya davranışlara işaret eden ifadeler ("Etrafımdaki şeyler gerçek görünmüyor.")

**Hipomani** Duygusal heyecan, aşırı hareketlilik ve fikir uçuşmalarını gösteren ifadeler ("Bazen görünürde bir neden olmadan kendimi çok 'yüksek' veya çok 'düşük' hissediyorum.")

**Sosyal içe dönüklük** Utangaçlık, insanlara karşı ilginin azlığı ve güvensizlik gösteren ifadeler ("Kolayca utanırım.")

MMPI ve diğer kişilik envanterleri, projektif testlere göre daha avantajlıdır (Weiner & Greene, 2017). Çünkü bu testler bilgisayar üzerinden ya da kâğıt kalem formatında uygulanabilir, uygulaması çok uzun zaman almaz ve objektif olarak puanlanabilir. Çoğunun standardizasyonu yapılmıştır; bu sayede bir kişinin aldığı puanlar, diğer birçok kişinin puanıyla karşılaştırılabilir. Dahası, bu envanterlerin test-tekrar-test güvenirlikleri, projektif testlere göre daha fazladır. Örneğin bir kişiye, ilk uygulamadan sonraki iki hafta içerisinde yeniden MMPI uygulandığında ilk uygulamadakiyle neredeyse aynı sonuç elde edilir (Graham, 2011, 2006).

Kişilik envanterlerinin geçerliği ve doğruluğu da projektif testlere göre daha yüksektir (McCord, 2018; Moultrie & Engel, 2017). Yine de geçerliklerinin yüksek olduğu söylenemez. Klinisyenler tek başına bu testleri kullandığında katılımcının kişiliği hakkında her seferinde aynı kesinlikte yargıya ulaşamamışlardır (Braxton ve diğerleri, 2007). Buradaki problem, testlerin ölçmeye çalıştığı kişilik özelliklerinin doğrudan incelenememesi veya direkt tespit edilememesidir. Bir kişinin karakterini,

TABLO: 3-1

## Değerlendirme ve tanıda çok kültürlü hassas noktalar

| Kültürel hassas nokta | Değerlendirme ya da tanı üzerindeki etkisi |
|---|---|
| **Göçmen danışan** | **Baskın kültürden olan değerlendirici** |
| Ana vatanındaki kültürel yapı, mevcut ülkedeki baskın kültürden farklı olabilir. | Kültüre özgü tepkiler bir patoloji göstergesi olarak yanlış yorumlanabilir. |
| Ana vatanını savaş veya baskıdan kaçmak için terk etmiş olabilir. | Danışanın travma sonrası stres yaşama ihtimali gözden kaçabilir. |
| Mevcut ülkedeki destek sistemleri zayıf olabilir. | Danışanın strese yatkınlığının artması gözden kaçabilir. |
| Yaşam tarzı (mesleği ve varlık durumu) ana vatanındakinden daha kötü bir durumda olabilir. | Danışanın kaybetmişlik hissi ve hayal kırıklığı gözden kaçabilir. |
| Baskın dili konuşmayı reddedebilir ya da öğrenemiyor olabilir. | Danışanın değerlendirmede verdiği yanıtlar yanlış anlaşılabilir ya da danışanın belirtileri gözden kaçabilir, doğru tanı koyulmayabilir. |
| **Etnik azınlık grubundan danışan** | **Baskın kültürden olan değerlendirici** |
| Değerlendirici de dâhil olmak üzere baskın kültürden olan kişiyi reddedebilir ya da onda güvenmeyebilir | Danışanla çok az iş birliği kurulabilir ya da danışanın güvensizliği, bir patoloji belirtisi olarak yanlış yorumlanabilir. |
| Baskın kültürün değerlerinden rahatsız olabilir (örn. girişkenlik, yüzleşme) ve bu nedenle klinisyenin tavsiyelerini uygulamakta zorlanabilir. | Danışanın motivasyonunun olmadığını düşünebilir. |
| Stresi kültüre özgü yollarla ifade edebilir (örn. karın ağrısı gibi bedensel belirtiler). | Belirti örüntüleri yanlış yorumlanabilir. |
| Baskın kültüre tuhaf gelen kültürel inançlara sahip olabilir (örn. ölülerle iletişim kurabildiğine inanma). | Kültürel tepkiler bir bozukluk olarak (örn. delüzyon) yanlış yorumlanabilir. |
| Değerlendirme boyunca rahatsız olabilir. | Bu rahatsızlık gözden kaçabilir ve farkında olmadan beslenebilir. |
| Kültürel farklılıklar bir bozukluğun belirtileri olarak görülebilir. | Etnik azınlığın kültürüne ilişkin bilgisiz ya da önyargılı olunabilir. |
| Gergin ve kaygılı olabilir. | Kendi rahatsızlığını sözel olmayan yollarla etnik azınlıktan olan danışana yansıtabilir. |

Bilginin alındığı kaynaklar: Borden, 2017; Franklin, 2017; Dana, 2015; Rose et al., 2011; Bhattacharya et al., 2010; Westermeyer, 2004, 2001, 1993; López & Guarnaccia, 2005, 2000; Kirmayer, 2003, 2002, 2001.



Peter Steiner/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*Şimdi size bazı testler uygulayacağız: kan, CAT taraması ve LGS gibi.*

duygularını ve ihtiyaçlarını yalnızca öz bildirime dayalı ölçümlerle tam olarak her zaman nasıl bilebiliriz ki?

Diğer bir sorun da MMPI-2'yi geliştirenler daha çok sayıda standardizasyon gruplarına yer vermiş olsa da bu ve diğer kişilik testlerinin bazı kültürel sınırlamalara sahip olmalarıdır. Bir kültürde psikolojik bir bozukluğa işaret eden tepkiler, başka bir kültürde normal tepkiler olarak görülebilir (Weiner & Greene, 2017; Dana, 2005, 2000). Örneğin spiritüel eylemlerin yaygın olduğu Porto Riko'da, MMPI'da yer alan "Şeytani ruhlar zaman zaman beni etkisi altına alır." ifadesini "doğru" olarak işaretlemek normal bir cevap sayılabilir. Diğer topluluklarda ise bu cevap bir psikopatolojiye işaret edebilir (Rogler, 1989).

Geçerlikle ilgili bu tip sınırlılıklara rağmen kişilik envanterleri popülerliğini sürdürmektedir. Araştırmalar, görüşmeler veya diğer değerlendirme araçlarıyla birlikte kullanıldıkları sürece bu envanterlerin, klinisyenlerin insanların kişisel tarzlarını ve bozukluklarını öğrenmelerine yardımcı olabileceklerini göstermektedir.

**Tepki Envanterleri** Kişilik envanterleri gibi **tepki envanterleri** de detaylı bilgi sağlayabilmek amacıyla kişilere kendileriyle ilgili sorular yöneltir. Fakat bu testler, işlevselliğin belirli bir alanına odaklanmaktadır (Sleboda & Sokolowska, 2017). Örneğin bu testlerden birisi duygulanımı, bir diğeri sosyal becerileri ve başka biri bilişsel süreçleri ölçebilir. Klinisyenler bu testleri, farklı faktörlerin bir kişinin sahip olduğu bozuklukta oynadığı rolü belirlemek için kullanabilir.

***Duygulanım envanterleri*** kaygı, depresyon ve öfke gibi duyguların şiddetini ölçerler. En sık kullanılan duygulanım envanterlerinin başında, kişilerin üzüntü düzeylerini ve bunun işlevsellikleri üzerindeki etkilerini puanladıkları Beck Depresyon Envanteri yer alır. Özellikle davranışsal ve aile-sosyal çalışmacıları tarafından kullanılan ***sosyal beceri envanterleri*** için katılımcılar çeşitli sosyal durumlarda nasıl tepki vereceklerini belirtirler. ***Bilişsel envanterler***, bir kişinin tipik düşüncelerini ve varsayımlarını ortaya çıkarır ve yapıcı olmayan düşünce kalıplarını ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir.

Hem tepki envanterlerinin sayısı hem de bunları kullanan klinisyenlerin sayısı son 35 yılda istikrarlı bir şekilde artmıştır. Bununla birlikte bu envanterlerin büyük sınırlılıkları da vardır. Beck Depresyon Envanteri ve dikkate değer birkaç istisna dışında standardizasyon, güvenirlik ve geçerlik prosedürlerine tabi tutulmamış pek çok testle karşılaşmak mümkündür (Englbrecht ve diğerleri, 2017). Çoğunlukla doğruluk ve tutarlık açısından test edilmeden ihtiyaç doğrultusunda geliştirilirler.

**Psikofizyolojik Testler** Klinisyenler, psikolojik problemlerin olası göstergeleri olarak **fizyolojik tepkileri** ölçen psikofizyolojik testleri de kullanabilirler. Bu uygulama otuz yıl önce özellikle kalp atışı, vücut ısısı, kan basıncı, deri tepkileri (galvanik deri tepkisi) ve kas kasılmalarındaki artışın kaygıya eşlik eden fizyolojik değişimleri öne süren birkaç çalışmanın ardından başladı. Fizyolojik değişimlerin ölçülmesi, o zamandan beri belirli psikolojik bozuklukların değerlendirilmesinde anahtar bir rol oynamıştır.

Popüler ismiyle yalan makinesi olarak da bilinen psikofizyolojik testlerden biri *poligraf*tır (Amsel, 2017; Rosky, 2016, 2013). Bir kişinin vücudunun çeşitli bölgelerine takılan elektrotlar, kişi kendine yöneltilen soruları yanıtlarken nefes alma, terleme ve kalp atış hızındaki değişiklikleri algılar. Kişi, cevabının "evet" olduğu bilinen (örn. Her iki ebevenyniniz de hayatta mı?) *kontrol sorularına* yanıt verirken klinisyen fizyolojik değişimleri gözlemler. Sonrasında klinisyen aynı fizyolojik tepkileri, kişi *test sorularına* (örn. Bu soygunu siz mi yaptınız?) cevap verirken de gözlemler. Nefes alıp verme, terleme ve kalp atış hızı aniden artarsa, kişinin yalan söylediğinden şüphelenilir.

Diğer klinik testlerde olduğu gibi psikofizyolojik testlerin de sınırlılıkları vardır (Elliot &bVöllm, 2016). Çoğu, dikkatlice ayarlama ve bakım gerektiren pahalı

**tepki envanterleri** Bir kişinin duygulanım, sosyal beceriler veya bilişsel süreçler gibi belirli bir işleyiş alanındaki tepkilerini ölçmek için tasarlanmış testler.

**psikofizyolojik test** Psikolojik sorunların olası göstergeleri olarak fiziksel tepkileri (kalp atış hızı ve kas gerginliği gibi) ölçen bir test.

ekipmanlardan oluşmaktadır. Ayrıca psikofizyolojik ölçümler hatalı ve güvenirliği düşük olabilir. (***Trendler*** kısmına bakınız.) Laboratuvar ekipmanları kendi başlarına karmaşık ve bazen de korkutucu olabilmekte ve katılımcının sinir sistemini uyararak fiziksel reaksiyonlarını etkileyebilmektedir. Fizyolojik tepkiler tek bir oturumda birden fazla ölçüm alındığında da değişebilmektedir. Örneğin galvanik deri tepkisi tekrarlı ölçümlerde sıklıkla düşüş göstermektedir.

## ...TRENDLER

# Gerçeği, Tüm Gerçeği ve Yalnızca Gerçeği Söyleyeceğim...

Filmlerde polis tarafından sorgulanan suçlular terleyerek, titreyerek, küfrederek veya seğirmelerle suçlu olduklarını açığa vururlar. Bir *poligrafa* (yalan makinesi) bağlandıklarında ekrandaki sayfada çizgiler belirmeye başlar. Bu görüntü, bazı klinisyenlerin yalan söyleyen insanların nefes alıp vermelerinde, terlemelerinde ve kalp atışlarında sistemik değişiklikler sergilediği teorisini geliştirdikleri Birinci Dünya Savaşı'ndan beri bizimledir (Marston, 1917).

Poligraf testine güvenmenin tehlikeli yanı, bizim istediğimiz kadar iyi çalışmıyor olmalarıdır (Ben-Shakhar & Bar, 2019; Rosky, 2016, 2015, 2013). Araştırmalar, ortalama 10 gerçekten en az 1'inin veya 4 gerçekten 1'inin çoklu grafik testinde yalan olarak değerlendirildiğini göstermektedir (Wen, 2016; Grubin, 2010; MacLaren, 2001). Ceza davalarında yalan makinesi sonuçları, geçerli tek kanıt olarak görülürse kaç masum insanın suçtan hüküm giyebileceğini bir düşünün.

Bu tür bulgular göz önüne alındığında, poligraflar bugün bir zamanlar olduğundan daha az güvenilir ve daha az popülerler. Örneğin artık çok az sayıda mahkeme bu tür testlerin sonuçlarını cezai suçun kanıtı olarak kabul etmektedir (Balmer, 2018; Vogel ve Baran, 2016). Yine de FBI ve diğer kolluk kuvvetleri, bunları ceza soruşturmalarında kapsamlı bir şekilde kullanmayı sürdürmektedir. Şartlı tahliye kurulları ve şartlı tahliye büroları, hükümlülerin serbest bırakılıp bırakılmayacağına karar vermek için bunları rutin olarak uygular; bu testlerin kullanımı, yeni polis memurlarının istihdamı gibi kamuda işe alımlarda bile yer bulabilmektedir (CDPS, 2018; Vicianova, 2015; Meijer ve Verschuere, 2010).

Poligrafın performansındaki hatalar nedeniyle araştırmacılar son 15 yıldır yalanları tespit etmenin başka yollarını arıyorlar. En umut verici alternatif ise beyin taraması yöntemi gibi görünüyor. Bazı MRI çalışmaları, katılımcılar açık gerçekleri inkar ettiklerinde beyinlerinin belirli bölümlerinin (özellikle prefrontal, anterior singulat ve paryetal korteks içindeki bölgeler) bu gerçekleri onayladıkları zamankinden daha aktif olduğunu göstermektedir (Mongilio, 2017; Wood, 2016).



Guy Bell/Alamy

**Çok Moda Kolombiya** Bogota'da bir güvenlik yöneticisi yalan makinesi testi yapıyor. Bu testlerin genellikle geçersiz olduğuna dair kanıtlara rağmen çalışanlar tarafından yalan söylemenin büyük bir sorun haline geldiği Kolombiya'daki işletmeler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır.

Genelde MRI çalışmaları, poligraf çalışmalarına kıyasla yalanı tespit etme konusunda daha iyi sonuçlar ortaya koymaktadır ancak prosedürleri ve doğruluk dereceleri çalışmadan çalışmaya farklılık göstermektedir. Dahası poligrafta olduğu gibi tarama prosedürü de *hatalı pozitif* sonuçlar verebilmektedir. Yani incelenen beyin bölgeleri, bir birey yoğun kaygı veya kaygıyla ilişkili duygular yaşadığında daha aktif hâle gelebilir. Bu nedenle, kaygılı bir şekilde gerçeği söyleyen bazı kişiler, MRI prosedürlerinde yalan söylüyor olarak görülebilir.

Bu sorular ve sınırlılıklara, Pennsylvania Üniversitesinde yapılan bir çalışmada kısmen değinilmiştir (Langlaben ve diğ., 2016). Bu çalışmada katılımcılardan bir ile altı arasında bir sayıyı gizlice not etmeleri ve ardından bir yalan makinesiyle ve daha sonra bir MRI ile değerlendirilirken tuttukları sayı konusunda yalan söylemeleri istenmiştir. Başka bir bakış açısıyla, katılımcılar aslında her seferinde seçtikleri numarayla ilgili yalan söylerken diğer beş numara hakkında gerçeği söylüyorlar.

Her iki ölçüm yöntemi de kişinin hakkında yalan söylediği sayıyı tespit etme konusunda mükemmellikten uzak olsa da MRI sonuçları poligrafa göre %24 daha doğru sonuçlar ortaya koymuştur. Dahası, MRI ve yalan makinesinin hangi sayının gizlendiğine dair verdiği yanıtların örtüştüğü durumlarda yalan tespitinin doğruluğu yüzde 100'e kadar çıkmıştır; bu da bazı teorisyenlere gerçek hayattaki uygulamalarda iki tekniğin birlikte kullanılması gerektiğini düşündürmüştür. MRI testinin veya birleşik MRI-poligraf testinin nihayetinde yargı, kanuni yaptırım, güvenlik veya istihdam alanlarında ilgi çekip çekmeyeceğini bir süre aha bilemeyeceğiz. Ancak çalışmanın sonuçları bazı araştırmacıları şimdiden oldukça heyecanlandırırken bazı araştırmacıları da etik açıdan çok endişelendirmektedir.




(a) MRI

**Farklı türde taramalar.** Bir doktor hastayı MRI prosedürü için hazırlar (a). Günümüzde yaygın olarak kullanılan nörogörüntüleme tekniklerinin her biri, canlı birinin beyin resimlerine odaklanıyor. (b) MRI taraması, normal işleyen bir beynin görüntüsünü gösterir; CT taraması (c) beyindeki bir kan yoğunluğunu ortaya çıkarır ve (d) bir PET taraması, birey uyarılırken beynin hangi alanlarının aktif olduğunu (kırmızı, turuncu ve sarı renkli yerler) gösterir.

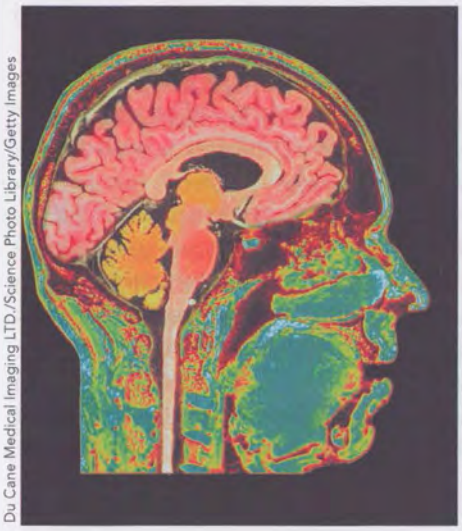
**Nörolojik ve Nöropsikolojik Testler** Kişilik ya da davranışlarla ilişkili bazı problemler doğrudan beyin hasarı ya da beyin aktivitesindeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Kafa travması, beyin tümörleri, beyindeki işlev bozuklukları, alkolizm, enfeksiyonlar ve diğer bozukluklar bu tür kusurlara neden olabilir. Eğer psikolojik bir sorun etkili bir şekilde tedavi edilecekse bunun birincil sebebinin beyindeki bir fiziksel anomali olup olmadığını bilmek önemlidir.

Bir dizi teknik, beyin anomalilerini tespit etmeye yardım edebilir. Bu konuda beyin ameliyatı, biyopsi ve X ray gibi bazı uygulamalar yıllardır kullanılmaktadır. Daha yakın zamanda bilim insanları, doğrudan beyin yapısını ve işleyişini ölçmek için tasarlanan bir dizi **nörolojik test** geliştirmişlerdir. Nörolojik testlerden biri, nöronların ateşlenmesi sonucunda beyinde meydana gelen elektriksel aktivite olan *beyin dalgalarını* kaydeden elektroenselogramdır (EEG). Bir EEG'de kafa derisine yerleştirilen elektrotlar, beyin dalgası uyarılarını onları kaydeden bir makineye gönderir.

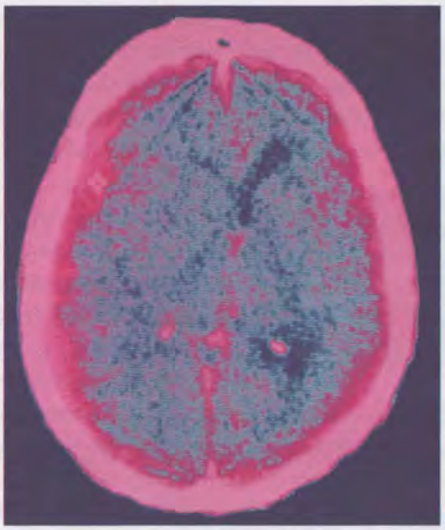
Diğer nörolojik testler aslında beyin yapısının veya beyin aktivitesinin "resimlerini" çeker. **Nörogörüntüleme** veya **beyin tarama teknikleri** olarak adlandırılan bu testler; beyin yapısının X ışınlarının farklı açılarda alındığı ve birleştirildiği bilgisayarlı tomografiyi (CT taraması veya CAT taraması), beyindeki kimyasal aktivitenin



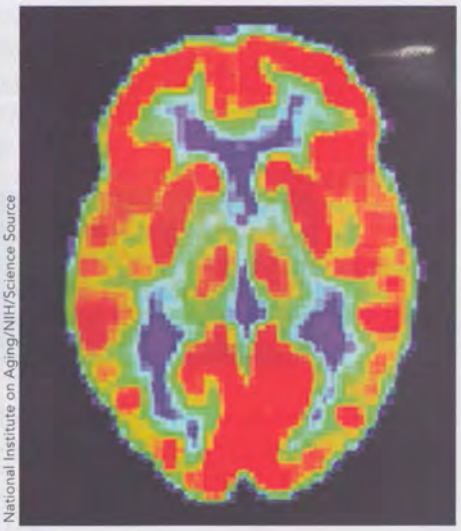

**Aile boyu EEG** Toronto'daki York Üniversitesi'nde yürütülen bir araştırmanın parçası olarak bir anne ve 5 yaşındaki otizmli çocuğu EEG sensörleri içeren fileyi kafasına geçirmiş şekilde oyun oynuyor, sosyalleşiyor ve görevleri paylaşıyor. Saç derilerine takılan elektrotlar beyin dalgalarını ölçmeye yardımcı olur ve bu ölçümler daha sonra benzer etkileşimler sırasında diğer annelerden ve otizmli olmayan çocuklarından elde edilen verilerle karşılaştırılır.


Du Cane Medical Imaging LTD./Science Photo Library/Getty Images

(b) MRI scan


Lester V. Bergman/Getty Images

(c) CT scan


National Institute on Aging/NIH/Science Source

(d) PET scan

bilgisayar tarafından üretilmiş bir filmi olan pozitron emisyon tomografisini (PET taraması), beynin yapısının ayrıntılı bir resmini oluşturmak için beyindeki belirli hidrojen atomlarının manyetik özelliğini kullanan bir prosedür olan manyetik rezonans görüntülemeyi (MRI) kapsar.

MRI'nın bir türü olan *fonksiyonel manyetik rezonans imgeleme (fMRI)*, beyin yapılarının MRI resimlerini, nöron aktivitesinin ayrıntılı resimlerine dönüştürerek *işleyen* beynin bir resmini sunar. Beyin işleyişine dair fMRI tarafından üretilen görüntüler, PET tarama görüntülerinden çok daha net olduğu için fMRI, 1990'da geliştirildiği ilk günden bu yana beyin araştırmacıları arasında muazzam bir heyecan yaratmıştır.

Yaygın olarak kullanılmasına rağmen bu teknikler bazen zor fark edilen beyin anormalliklerini tespit edemez. Bu nedenle klinisyenler belirli görevlerdeki bilişsel, algısal ve motor performansları ölçen daha dolaylı ancak bazen daha açıklayıcı **nöropsikolojik testler** geliştirmişlerdir, klinisyenler bu testlerdeki farklı performansları altta yatan beyin problemlerinin bir göstergesi olarak yorumlarlar (Araujo ve diğ., 2017). Beyin hasarının özellikle görsel algıyı, hafızayı ve görsel-motor koordinasyonu etkilemesi muhtemeldir. Bu nedenle nöropsikolojik testler özellikle bu alanlara odaklanır. Örneğin ünlü Bender *Gestalt Görsel-Motor Algı Testi*, her biri basit birer geometrik tasarım barındıran dokuz karttan oluşur. Hastalar tasarımlara birer birer bakar ve her birini bir kağıda kopyalar. Daha sonra bu şekilleri kartlara bakmadan belleklerinden yeniden çizmeye çalışırlar. Doğruluk konusunda 12 yaşından büyük bireyler tarafından yapılan dikkate değer hataların organik beyin hasarını yansıttığı düşünülmektedir. Klinisyenler genellikle her biri belirli bir beceri alanını hedefleyen bir dizi nöropsikolojik test *bataryası* ya da dizisi kullanır (Hamo, Abramovitch ve Zohar, 2018; Reitan ve Wolfson, 2005, 1996).

**Zekâ testleri** Zekânın erken dönemdeki tanımlamaları, onu "iyi yargılama, iyi muhakeme ve iyi kavrama kapasitesi" olarak betimlemiştir (Binet & Simon, 1916, s. 192). Zekâ belirli bir fiziksel süreçten çok, çıkarsamaya dayalı bir nitelik olduğu için yalnızca dolaylı olarak ölçülebilir. 1905'te Fransız psikolog Alfred Binet ve ortağı Théodore Simon, insanların çeşitli sözel ve sözel olmayan becerileri kullanmasını gerektiren bir dizi görevden oluşan bir **zekâ testi** geliştirdi. Bu test ve sonraki zekâ testlerinden elde edilen genel puan, **zekâ katsayısı (IQ)** olarak adlandırılır. Şu anda 100'den fazla farklı zekâ testi mevcuttur. 14. Bölüm'de göreceğiniz gibi zekâ testleri zihinsel yetersizliğin teşhisinde anahtar bir rol oynar ve ayrıca diğer problemlerin tanımlanmasında da klinisyenlere yardım eder (Bram, 2017; Keyes ve diğ., 2017).

Zekâ testleri, tüm klinik testler arasında en dikkatli üretilenler arasındadır (Bowden ve diğerleri, 2011). Büyük insan grupları üzerinde standardize edildikleri için klinisyenler, her bireyin puanının genel nüfusun performansıyla nasıl karşılaştırılacağına

**nörolojik test** Beyin yapısını ve aktivitesini doğrudan ölçek testtir.

**nörogörüntüleme teknikleri** Bilgisayarlı tomografi, PET taraması ve MRI gibi beyin yapısı ve işleyişine dair görüntüler sağlayan nörolojik testler. *Beyin görüntüleme* olarak da adlandırılır.

**zekâ testi** Bir kişinin zihinsel yeteneklerini ölçmek için tasarlanmış bir test.

**zekâ katsayısı (IQ)** Zekâ testlerinden elde edilmiş toplam puan.

dair iyi bir fikre sahiptir. Bu testler aynı zamanda yüksek güvenirliğe sahiptir. Aynı IQ testini yıllar sonra tekrarlayan bir kişi neredeyse aynı skoru alabilir. Son olarak kullanılan başlıca IQ testleri oldukça yüksek geçerlik değerlerine sahiptir. Örneğin çocukların IQ testi sonuçları çoğu zaman okul performanslarıyla yüksek korelasyona sahiptir.

Bununla birlikte zekâ testlerinin bazı önemli eksiklikleri vardır. Düşük motivasyon veya yüksek kaygı gibi zekâ ile ilgisi olmayan faktörler, test performansını büyük ölçüde etkileyebilir (Groth-Marnat ve Wright, 2016). Ek olarak IQ testleri kendi dillerinde kültürel ön yargılar içerebilir veya belirli artalandan gelen insanları başka bir artalandan gelenlere göre avantajlı duruma getiren görevler içerebilir (Shuttleworth-Edwards, 2016). Benzer şekilde bazı azınlık gruplarının üyeleri bu tür bir testle çok az haşır neşir olmuş olabilir ya da çoğunluğun olduğu etnik kökenden gelen bir kişinin testi uygulamasından rahatsız olabilirler. Her iki durumda da performansları zarar görebilir.

**Okul yöneticileri, ebeveynler veya diğer insanlar tarafından IQ puanları nasıl yanlış kullanılabilir? Toplum IQ puanlarına neden bu kadar merak duyuyor ki?**

## Klinik Gözlemler

Kişilere test uygulama ve onlarla görüşme yapmaya ek olarak klinisyenler onların davranışlarını sistematik olarak gözlemleyebilirler. Bu tekniklerden bir tanesi olan doğal gözlemde klinisyen danışanı her günkü doğal ortamında gözlemler; analog gözlemde ise klinisyen danışanı ofis ya da laboratuvar gibi yapay bir ortamda gözlemler. Son olarak kendini-izlemede, danışanın kendisini izlemesi kişiye öğretilir.

**Doğal ve Analog Gözlem** Doğal klinik gözlem evde, okulda, hastane veya cezaevi gibi bir kurumda ya da toplum içerisinde yapılır. Bunların çoğu; ebeveyn-çocuk, kardeşler arası ya da öğretmen-çocuk etkileşimine odaklanır ve korku, saldırganlık veya yıkıcı davranışlar ile ilgilenir (Moens ve diğ., 2018; Wang & Repetti, 2016). Bu gözlemle sıklıkla danışanın hayatındaki kilit insanlardan biri yani katılımcı gözlemci tarafından gerçekleştirilir ve klinisyen bunları rapora dönüştürür.

Doğal gözlem yapmanın pratik olmadığı durumlarda klinisyenler sıklıkla, video kamera ya da tek taraflı ayna gibi bir ekipman desteğiyle yapılan analog gözlemlerden yararlanırlar. Analog gözlemler genelde çocuğun ebeveynleriyle etkileşimi, bir anlaşmazlığı çözmeye çalışan evli çiftler, konuşma kaygısı yaşayan bir kişinin konuşma yapması ve korkutucu buldukları bir nesneye yaklaşan fobik insanlar gibi alanlara odaklanır.

Her ne kadar davranışa tanık olmak çok şey öğretse de klinik gözlemlerin belirgin bazı dezavantajları vardır. Bunlardan biri, bu gözlemlerin her zaman güvenilir olmamasıdır. Aynı kişiyi gözlemleyen çeşitli klinisyenlerin davranışın farklı yönlerine



The Washington Post/Getty Images

**Gözleme ilaveten** Klinik bir gözlemci tek yönlü ayna kullanarak danışanın bir oyun seansı sırasında çocuğuyla etkileşime girmesini izler. Ek olarak mikrofon ve görünmez bir işitme cihazının yardımıyla klinisyen danışana koçluk yapabilir ve ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi (PCIT) olarak bilinen bir prosedür vesilesi ile ebeveynlik tarzı konusunda gerçek zamanlı öneriler sunabilir.

odaklanması, kişiyi farklı şekilde değerlendirmesi ve farklı sonuçlara varması mümkündür (Meersand, 2011). Gözlemcilerin titiz bir eğitimden geçmesi ve gözlemci kontrol listelerinin kullanılması bu sorunun azaltılmasına yardımcı olabilir.

Benzer şekilde gözlemciler, gözlemlerinin geçerliğini veya doğruluğunu etkileyebilecek hatalar yapabilirler (Wilson ve diğ., 2010). Gözlemci fazla yükten muzdarip olabilir ve önemli davranışların ve olayların bazılarını gözden kaçırabilir veya kaydedemeyebilir. Ya da gözlemci, yorgunluk veya uzun süre devam eden gözlemlerde karşılaşılan değerlendirme standartlarının zaman içerisinde farkında olunmadan değişmesi sonucunda, değerlendirme hassasiyetinde azalma yaşayabilir, buna gözlemci yakınsaması da denir. Bir başka olası sorun, gözlemci yanlılığıdır Gözlemcinin yargıları, kişi hakkında önceden sahip olduğu bilgi ve beklentilerden etkilenebilir (Mahtani ve diğerleri, 2018).

Danışanın tepkiselliği de klinik gözlemlerin geçerliliğini sınırlandırabilir yani, danışanın davranışları gözlemcinin varlığından etkilenebilir (Antal ve diğerleri, 2015). Örneğin okul çocukları özel birinin kendilerini izlediğinin farkındaysa, belki de iyi bir izlenim yaratma umuduyla her zamanki davranışlarını değiştirebilir.

Son olarak, klinik gözlemler kesitsel geçerliğe sahip olmayabilir. Okulda saldırganca davranan bir çocuk evde ya da okuldan sonra arkadaşlarına karşı saldırgan olmayabilir. Davranış genellikle belirli durumlara özgü olduğundan, bir ortamdaki gözlemler her zaman diğer ortamlara genellenemez (Kagan, 2007).

**Kendini İzleme** Daha önce görmüş olduğunuz gibi kişilik ve tepki envanterleri kişilerin kendi davranış, duygu veya düşüncelerini değerlendirdikleri testlerdir. Bunlarla ilişkili bir değerlendirme prosedürü olan kendini-izlemede kişiler kendilerini gözlemler ve belirli davranışların, duyguların veya düşüncelerin zaman içindeki sıklığını dikkatlice kaydederler. Örneğin uyuşturucu kullanıcısı ne sıklıkla kullanma isteği duyar veya baş ağrısı çeken bir kişinin ne sıklıkla başı ağrır? Kendini izleme, diğer tür gözlemlerle takip edilemeyecek kadar seyrek olarak ortaya çıkabilen davranışları değerlendirmede özellikle yararlıdır. Kendini izleme ayrıca başka bir yöntemle ayrıntılı olarak gözlemlenmesi mümkün olmayacak ancak sık gerçekleşen sigara, alkol veya madde kullanımı gibi davranışlar için de kullanılabilir. Son olarak kendini izleme, kişiye özel düşünceleri veya algıları gözlemlemenin ve ölçmenin tek yolu olabilir. Giderek artan bir şekilde tedavi alan kişiler bu tür özel deneyimlerini o deneyimler ortaya çıktığı anda akıllı telefon uygulamalarına kaydediyor ve bu kayıtlar terapistlerine hemen o an gönderilebiliyor ya da seanslarında toplu olarak ele alınabiliyor (Sperry & Kwapil, 2017; Rickard ve diğ., 2016).

Bununla birlikte, diğer tüm klinik değerlendirme uygulamalarında olduğu gibi kendini izleme yönteminin de dezavantajları vardır (Schat ve diğerleri, 2017; Huh ve diğerleri, 2013). Bu yöntemde de geçerlik genellikle bir sorundur. İnsanlar her zaman gözlemlerini doğru bir şekilde yapmazlar veya kaydetmeye çalışmazlar. Dahası, insanlar kendilerini izlediklerinde istemeden de olsa davranışlarını değiştirebilir. Örneğin sigara içenler, kendilerini izlerken genellikle normalden daha az sigara içer ve öğretmenler öğrencilerine daha olumlu geri bildirim verirken daha az olumsuz yorum yaparlar.

## 9... ÖZETLE

**KLİNİK DEĞERLENDİRME** Klinik uygulama alanında çalışanlar öncelikli olarak her bir danışan için o danışana özgü bilgileri toplarlar. Klinik değerlendirme boyunca danışanın sorunlarının doğası ve kökenlerine ilişkin bir anlayış geliştirmeyi hedeflerler.

Değerlendirme araçlarının yararlı olabilmesi için standardize, güvenilir ve geçerli olması gerekir. Çoğu klinik değerlendirme yöntemi üç genel kategoriye ayrılır: klinik görüşmeler, testler ve gözlemler. Bir klinik görüşme yapılandırılmamış veya yapılandırılmış olabilir. Klinik test türleri projektif testler, kişilik testleri, tepki testleri, psikofizyolojik testler, nörolojik testler, nöropsikolojik testler ve zekâ testlerini içerir. Gözlem türleri arasında doğal gözlem, analog gözlem veya kendini izleme yer alır.

### #ÖzlüSözler

"Sadece izleyerek bile çok fazla şeyi gözlemleyebilirsiniz."
Yogi Berra, efsane beyzbol oyuncusu

### #ErkenBaşlangıçlar

Hermann Rorschach'ın okul arkadaşları, mürekkep lekesi çizmeye olan sevgisinden dolayı ona Almanca Klecks'in bir çeşidi olan ve "mürekkep lekesi" anlamına gelen Klex takma adını vermişlerdir (Cacioppo & Freberg, 2016; Schwartz, 1993).

**tanı** Kişinin sorunlarının belirli bir bozukluğu yansıttığına dair yapılan tespit.

**sendrom** Genellikle birlikte ortaya çıkan belirtiler kümesidir.

**sınıflandırma sistemi** Belirtilerin açıklamaları ve uygun tanı koymaya yönelik yönergeler ile birlikte var olan bozuklukların bir listesi.

# Tanı: Danışanın Sorunu, Bilinen bir Bozuklukla Eşleşiyor mu?

Klinisyenler görüşmeler, testler ve gözlemlerden elde edilen bilgileri, bir danışanın sorunlarına neden olan ve o sorunları sürdüren faktörlerin bütüncül bir resmini oluşturmak için kullanırlar; bu bazen klinik durum veya klinik tablo olarak da adlandırılmaktadır (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2017). Klinik tablo, klinisyenin kuramsal yöneliminden de bir dereceye kadar etkilenebilir (Grohol, 2016; Garb, 2010, 2006). Franco ile çalışan psikolog, anormal davranışı açıklama konusunda bilişsel-davranışçı yönelime sahiptir ve bu nedenle aşağıda görülebileceği gibi modelleme ve pekiştirme ilkeleri ile Franco'nun beklentilerini, varsayımlarını ve yorumlarını vurgulayan bir çerçeve çizmiştir:

*Annesi Franco'nun kendine olan güvensizliği, yetersiz ve değersiz olduğu şeklindeki inancını pekiştirir biçimde davranmıştı. Öğretmenler Franco'yu azıcık cesaretlendirmeye ve zorlamaya çalıştığında annesi ona "aptal" diyordu. Ailesinde üniversiteye giden ve başarılı olan tek kişi olmasına rağmen annesi ona bazen dünyada başarılı olamayacak kadar yetersiz biri olduğunu söylerdi. Üniversitede matematik dersinden B aldığında annesi ona "Asla yeterince paran olmayacak." demişti. Bir keresinde de "Tıpkı baban gibisin, çok aptalsın.", "Aptal adamlara takılıp kaldım" diye söylenmişti.*

*Küçük bir çocukken Franco, anne babasının tartışmalarına çok tanık oldu. Franco, annesinin dırdırları ve babasının ailenin geçimini sağlamak için zor bir işte çalıştığı için sürekli söylenmesi arasında yaşamının böyle tatsız tutsuz şekilde geçip gideceğini düşünmüştü. Çiftlerin tartışmasının ve birbirini suçlamasının doğal olduğuna inanıyordu. Anne babasını model alan Franco, kız arkadaşının -Maria veya önceki kız arkadaşından- yaptığı bir şeyden hoşnut olmadığında ona bağırması gerektiğine inanıyordu. Aynı zamanda, geçmişte kız arkadaşlarından bazıları Franco'nun öfkesinden yakındıklarında da kafası karışmıştı.*

*Maria ile ilişkisinin bitmiş olmasını, "aptallığının" bir kanıtı gibi görüyordu. Ondan ayrıldığı için kendini salak gibi hissediyordu. Davranışlarını ve ayrılığı, asla sevilmeyeceğinin ve asla mutluluk bulamayacağının birer kanıtı olarak yorumladı. Bundan sonra dört gözle beklemesi gereken tek şeyin bir ömür boyu süren sorunlu ilişkiler, kavgalar ve gittikçe daha zor bulabileceği işlerden de kovulmak olduğu düşünceleri aklındaydı. Bu umutsuzluk, depresif duygularını besledi ve kendisini daha iyi hissetmesini sağlayacak şeyleri denemesini de zorlaştırdı.*

Elde olan değerlendirme verileri ve klinik tabloyla klinisyenler bir tanı ("Diagnosis": Kökeni Yunanca "ayrıştırma/ayrımcılık" kelimesinden gelir.) koymak için hazırdır: kişinin psikolojik sorunlarının oluşturduğu bozukluğun ayrıştırılması veya belirlenmesi. Klinisyenler, bir danışanın işlevselliğindeki bozulmanın belirli bir bozukluğa işaret ettiğine tanı yoluyla karar verdiklerinde bu örüntünün temelde diğer birçok kişi tarafından sergilenenle aynı olduğunu, çeşitli çalışmalarla araştırıldığını ve belki de belirli tedavi yaklaşımlarına yanıt verdiğini söylemiş olurlar. Daha sonra o bozukluk hakkında genel olarak bilinenleri yardım etmeyi amaçladıkları danışana uygulayabilirler. Örneğin kişinin probleminin gelecekteki seyrini ve işe yaraması muhtemel tedavileri daha iyi öngörebilirler.

## #SinirKrizi?

"Sinir krizi" terimi klinisyenler tarafından değil, alan dışı insanlar tarafından daha sık kullanılmaktadır. Çoğu insan bunu bir kişiyi güçsüzleştiren, neredeyse hastanede kalmayı gerektiren ani bir psikolojik rahatsızlığa atıfta bulunmak için kullanır. Bazı insanlar ise bu terimi herhangi bir psikolojik bozukluğun başlangıcını ifade etmek için kullanırlar (Hall-Flavin, 2016; Padwa, 1996).

## Sınıflandırma Sistemleri

Tanı koymanın arkasındaki temel ilke açıktır. Bazı belirtiler düzenli olarak bir arada ortaya çıktığında, ki bu tür bir semptom kümesi **sendrom** olarak adlandırılır ve bunlar, belirli bir seyir izlediğinde klinisyenler bu belirtilerin bir ruhsal bozukluğu oluşturduğunu kabul ederler. İnsanlar belli başlı bu belirtileri gösterdiğinde tanı koyucular onları bu teşhis kategorisinin altında değerlendirirler. Belirtilere dair açıklamaları ve kişileri bu kategorilere atamak için kullanılacak yönergeleri de içeren bu tür kategori veya bozuklukların olduğu liste, **sınıflandırma sistemi** olarak bilinir.

1883'te Emil Kraepelin normal dışı davranış için ilk modern sınıflandırma sistemini geliştirmiştir (bk. Bölüm 1). Onun tanımladığı kategoriler, şu anda Amerikan Psikiyatri Derneği (APA, 2013) tarafından hazırlanan bir sınıflandırma sistemi olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM) temelini oluşturmuştur. DSM, Kuzey Amerika'da en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemidir. DSM'nin içeriği zaman içerisinde önemli ölçüde değişmiştir. En güncel versiyonu olan DSM-5 ise 2013'te yayımlandı. Bu baskısı önceki baskılarına göre bir dizi değişiklik içermektedir. Diğer ülkelerin çoğu hem fiziksel hem de psikolojik bozuklukları listeleyen, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases / ICD) adlı bir sistemi kullanmaktadır. Bu sistemin güncel sürümü ICD-10 olarak adlandırılmaktadır. Yeni bir baskı olan ICD-11'in 2022'de yürürlüğe girmesi planlanmaktadır.

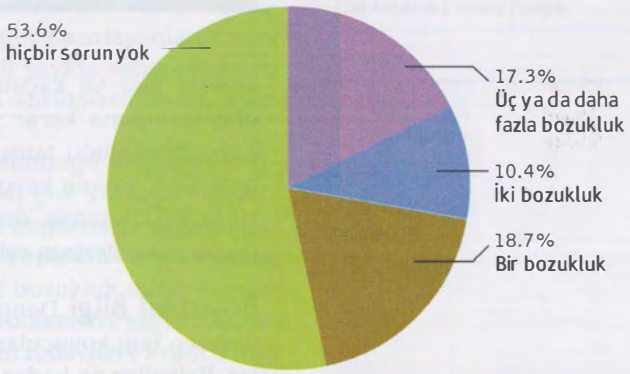
**Sizce uzmanlar "şizofrenik" demek yerine neden "şizofrenisi olan kişi" demeyi tercih ediyor?**

Her ne kadar DSM ve ICD'de listelenen bozukluklar ve çeşitli bozuklukların ölçütlerinin tanımlanması (DSM'nin tanımlamaları daha ayrıntılıdır.) arasında bazı farklılıklar olsa da DSM-5 tarafından tüm bozukluklar için kullanılan sayısal kodlar, ICD-10 tarafından kullanılanlarla eşleşir. Bu eşleştirme ile klinisyenler sigorta geri ödeme formlarını doldururken eş güdüm sağlanır.

## DSM-5

DSM-5 500'den fazla ruhsal rahatsızlık tanımlar (bk. Şekil 3-3). Her başlıkta bozukluğun teşhisi için gerekli kriterler ve bozukluğun temel klinik özellikleri açıklanır. Bu sistem ayrıca çoğu zaman hastalıkla ilgili olan temel özellikleri de belirtir. Sınıflandırma sisteminde ayrıca her bir rahatsızlığa dair genel araştırma bulguları, yaş, kültür veya cinsiyet eğilimleri, her bozukluğun yaygınlığı, riski, seyri, komplikasyonları, yatkınlık faktörleri ve aile örüntüleri gibi arka plan bilgileri de eşlik eder.

DSM-5, uygun tanıyı koyabilmeleri için klinisyenlerin hem kategorik hem de boyutsal bilgiyi ele almalarını gerektirir. Kategorik bilgiler, danışanların belirtileriyle saptanan kategorinin (bozukluk) adını ifade eder. Boyutsal bilgi ise bir danışanın semptomlarının/belirtilerinin ne kadar şiddetli olduğuna ve danışanın çeşitli kişilik ve davranış boyutlarındaki işlevselliğinin ne kadar azaldığına dair yapılan bir derecelendirme biçimidir.




FİGÜR 3-3

**ABD'de kaç kişi, yaşamları boyunca bir DSM tanısı alma potansiyeli taşır?**

Bazı çalışmalara göre neredeyse yarısı hatta bazı insanlar, eş tanı olarak bilinen ve iki veya daha farklı bozukluktan muzdarip olabilmektedir. (Bu bilgi APA; 2017; Greenberg, 2011; Kessler ve diğ., 2005'ten alınmıştır.)

**Kategorik Bilgi** Klinisyen öncelikli olarak danışanın kitapçıkta listelenen yüzlerce psikolojik rahatsızlıktan bir tanesini gösterip göstermediğine karar vermelidir. Kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar, en sık tanılanan bozukluklar arasında yer almaktadır.

**KAYGI BOZUKLUKLARI** Kaygı bozukluğu olan kişiler genel kaygı ve endişe hisleri (yaygın kaygı bozukluğu); spesifik bir durum, nesne veya bir eyleme ilişkin korkular (fobiler); sosyal durumlara ilişkin kaygı (sosyal kaygı bozukluğu); tekrarlayan panik ataklar (panik bozukluk) ya da aileden ya da sevdiği birinden ayrı kalmaya dair kaygı (ayrılık kaygısı bozukluğu) deneyimleyebilirler.

**DEPRESİF BOZUKLUKLAR** Depresif bozukluğu olan kişiler, aşırı mutsuzluk ve eşlik eden belirtilerin olduğu bir dönem (majör depresif bozukluk), sürekli ve kronik mutsuzluk (süreğen depresif bozukluk) ya da âdet dönemi öncesinde şiddetli mutsuzluk ve ilişkili belirtiler (adet öncesi disforik bozukluk) yaşayabilirler.

İnsanlar DSM-5 kategorilerinden bir tanesine sahip olabileceği gibi genellikle birden fazla bozukluğa sahip olmaktadır. Franco bu durumda büyük olasılıkla *majör depresif bozukluk* tanısı alırdı. Buna ek olarak klinisyenin, Franco'nun öğretmenlerinin kendisiyle ilgili düşüncelerine dair endişelerinin ve sonrasında iş yerindeki yöneticilerinin kendisinin yetersizliklerini fark edeceği inancının, Franco'nun aşırı




Elizabeth Eckert, Middletown, NY. Courtesy Tracy DeMichiel

**Etiketlemenin gücü** New York, Middletown'da bulunan Eyalet Deliler için Homeopatik Akıl Hastanesi beyzbol takımının 19. yüzyılın sonlarına ait bu fotoğrafına bakan çoğu kişi, oyuncuların hastalardan oluştuğunu varsayıyor. Sonuç olarak oyuncuların yüzlerinde ve duruşlarında depresyon veya karmaşa "görme" eğilimindeler. Oysaki oyuncular hastane çalışanlarından oluşmakta hatta bazıları hastane takımında oynamayı istedikleri için bu işe başvurmuşlardır.

endişe, tasa ve kaçınma örüntülerinin çok daha geniş ve ısrarcı yapısına kanıt oluşturduğuna karar verdiğini varsayalım. Böyle bir durumda ek olarak yaygın kaygı bozukluğu tanısı alması da mümkün olabilir. Öte yandan Franco'nun kaygı belirtileri, yaygın kaygı bozukluğu tanısı alacak kadar şiddetli değilse majör depresif bozukluk tanısı, onun kaygının bazı belirtilerine sahip olduğuna işaret edebilir (kaygı belirtilerinin eşlik ettiği majör depresif bozukluk).

**Boyutsal Bilgi** Danışanın sorunlarının hangi bozukluk olduğuna karar vermeye ilaveten tanı koyucular danışanın mevcut bozukluğunun şiddetini de değerlendirirler. Belirtiler ne kadar yaygın ve danışanın işlevselliğini ne ölçüde bozuyor? DSM-5'i geliştirenler, her bir bozukluk için o bozukluğun şiddetini belirleyebilmek için ayrıca ekstra derecelendirme tanımlamaları da önermişlerdir (APA, 2013). Örneğin Franco'nun terapisti depresyon için bir tür derecelendirme ölçeği kullanarak genç adamın orta şiddette depresyonu olduğunu belirleyebilir; bu, belirtilerinin oldukça sık ve işlev bozucu olduğu ancak çok daha şiddetli depresyon vakalarında olduğu gibi aşırı düzeyde işlev bozucu olmadığı anlamına gelir. DSM-5, tek başına kategorik bilgilerden ziyade tanıda eşit derecede öneme sahip iki parça olan, hem kategorik hem de boyutsal bilgiyi tutarlı olarak inceleyen ilk DSM sürümüdür.

**Ek Bilgi** Klinisyenler tanı koyacakları zaman diğer faydalı bilgileri de dâhil edebilirler. Örneğin danışana özel psikososyal problemlere dikkat edebilirler. Franco'nun yakın dönemde sevgilisinden ayrılmış olması ilişki kaynaklı stresi olarak not edilebilir. Hepsi bir arada değerlendirildiğinde Franco aşağıda belirtilen tanıyı alabilir:

**Tanı:** Kaygı belirtilerinin eşlik ettiği majör depresif bozukluk

**Şiddet:** Orta

**İlave bilgi:** İlişki kaynaklı stres

Her bir tanının, klinisyenin belirtmek zorunda olduğu bir kodu bulunur. Kodlar, daha önce bahsedilmiş olan uluslararası sınıflandırma sisteminin güncel versiyonu olan ICD-10'da listelenmiştir. Bu nedenle Franco'ya yukarıda belirtilen DSM-5 tanısı koyulmuş olsaydı klinisyeni de orta şiddette majör depresif bozukluğa karşılık gelen F32.1 kodunu belirtirdi.

## #Özlüsözler

"Psikiyatrinin sınırları genişlemeye devam ederken normalin alanı küçülüyor... DSM-IV hazırlık ekibinin başkanı olarak tanılardaki sayıca artış için kısmi sorumluluğu ben almalıyım."

Allen Frances, 2013
DSM-IV Hazırlık ekibi başkanı

## DSM-5 Gerçekten Etkili Bir Sınıflandırma Sistemi mi?

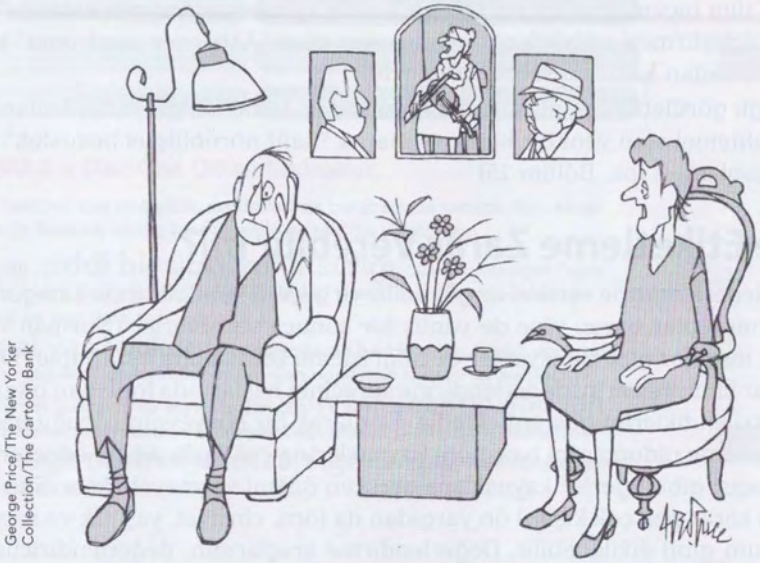
Her tür değerlendirme yönteminde olduğu gibi bir sınıflandırma sistemi de güvenirliği ve geçerliği açısından değerlendirilir. Burada güvenirlikten kastedilen, farklı klinisyenlerin aynı danışanı bir sistem dâhilinde tanısal olarak değerlendirdiklerinde büyük oranda örtüşecek biçimde aynı tanıyı koymalarıdır. DSM'nin ilk versiyonları en iyi ihtimalle orta düzey bir güvenirliğe sahipti (Blashfield ve diğ., 2014). Örneğin 1960'ların başlarında dört klinisyen, DSM'nin ilk verisyonu olan DSM-I kullanarak 153 hasta ile ayrı ayrı görüşmüşlerdir (Beck, ve diğ., 1962). Koydukları tanıların örtüşme oranı yalnızca %54 olarak belirlenmiştir. Bu dört klinisyen de yeterince deneyimli klinisyenler oldukları için tanı konusunda yaşanan zorluğun sınıflandırma sistemindeki eksiklikten kaynaklandığı öne sürülmüştür.

DSM-5'i hazırlayanlar, bu versiyonun önceki DSM'lerden daha güvenilir olmasını sağlamaya yardımcı olmak için yeni kılavuzun geliştirilmesinde belirli prosedürler izlediler (APA, 2013). Örneğin geçmiş DSM'lerde hangi kategorilerin daha belirsiz ve düşük güvenirlikli olduğunu belirlemek için yapılmış araştırma sonuçlarını incelediler. Ek olarak bu alanda deneyimli pek çok klinisyen ve araştırmacıdan bilgi topladılar. Daha sonra yeni kriterlerin ve kategorilerin güvenilir olacağını umarak bir dizi yeni tanı kriteri ve kategorisi geliştirdiler. Bazı çalışmalar DSM-5'te güvenirliğin gerçekten arttığını bulmuş olsa da bunun aksini söyleyen çalışmalar da mevcuttur (Aggarwal, 2017; Wakefield, 2015).

Güvenirlik bulguları neden bu kadar zayıf? Eleştirmenler, DSM-5'in geliştirilmesinde kullanılan hatalı prosedürlere işaret ediyor. Örneğin hazırlayanların yeni kriterlerin ve kategorilerin işlerliğini test etmek için yeterli sayıda saha çalışması yürütmedikleri öne sürülüyor. Dolayısıyla DSM-5, önceki sürümlerinde bulunan güvenirlik sorunlarının birçoğunu hala barındırıyor olabilir.

Sınıflandırma sisteminin geçerliği, tanı kategorilerinin sunduğu bilgilerin doğruluğuna işaret etmektedir. Kategoriler, klinisyenler için en çok yordayıcı geçerliğe sahip olduklarında yani gelecekteki belirti veya olayları öngörmeyi sağladıkları zaman işe yararlar. Majör depresif bozukluğun yaygın bir semptomu ya uykusuzluk ya da aşırı uykudur. Klinisyenler Franco'ya majör depresif bozukluk tanısı koyduğunda şu anda mevcut olmasa bile yakın gelecekte uyku problemleri yaşayabileceğini öngörürler. Ek olarak diğer depresif kişiler için etkili olan tedavilere Franco'nun da yanıt vermesini beklerler. Bu tür tahminler ne kadar sıklıkla doğru çıkarsa bir kategorinin yordayıcı geçerliği de o kadar yüksek olur.

DSM-5'in geliştiricileri, araştırmalara yönelik kapsamlı incelemeler yaparak ve klinik danışmanlardan destek alarak bu versiyonun geçerliğini artırmak için de çaba sarf etmişlerdir. Sonuç olarak bazı araştırmalara göre DSM-5'in kriterleri ve



George Price/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Yanılıyorsam düzelt ama akıl sağlığıyla delilik arasındaki ince çizgi daha da incelmedi mi?"*

### #PsikoMüzikGrupları

- Alcoholics Unanimous
- Widespread Panic
- Madnees
- Obsession
- Bad Brains
- Fear Factory
- Mood Elevator
- Neurosis
- 10.000 Maniacs
- Grupo Mania
- The Insane Clown Posse
- Unsane

kategorileri, önceki sürümlerinden daha güçlü bir geçerliğe sahip olduğunu ortaya koymaktayken diğer araştırmalar kılavuzun geçerliğinin hâlâ arzu edilenden seviyede olmadığını belirtmektedir (La Greca, Danzi ve Chan , 2017; Frances, 2016, 2015; Stinchfield vd., 2016). Diğer geçerlik konularının yanı sıra DSM-5'in bazı kriterleri ve kategorileri cinsiyet veya etnik önyargı taşıyabilmektedir.

Aslına bakılırsa bu alandaki önemli bir organizasyon zaten DSM-5'in geçerliğinin eksik olduğu ve bu şekilde uygulandığına kanaat getirmiştir. Ruh sağlığı araştırmaları için dünyanın en büyük finansman kurumu olan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH), artık yalnızca DSM-5 kriterlerine dayanan klinik araştırmalara mali destek vermemektedir ve dahası ajans, Araştırma Etki Alanı Kriterleri (Research Domain Criteria/RDoC) adını verdiği ve araştırmacıların sınıflandırmada kullanacağı birincil kılavuz olmasının hedeflendiği kendi nörobilim odaklı sınıflandırma aracını geliştirmiştir (NIMH, 2018).

## #ÖzlüSözler

"NIMH'de 13 yılımı, ruh sağlığı sorunlarının sinirbilimi ve genetiğini incelemekle geçirdim ve şimdi geriye dönüp baktığımda fark ediyorum ki havalı bilim insanları tarafından oldukça büyük maliyetlerle (yaklaşık 20 milyar dolar) çok sayıda harika makale yayınlamayı başardığımı düşünürken aslında intiharları veya hastaneye yatışları azaltmak, ruh sağlığı sorunu olan milyonlarca insanın iyileşmesini sağlamak için bir arpa boyu bile yol kat edememişiz. Bundan kendimi sorumlu tutuyorum."

Tom Insel, 2017
NIMH Yöneticisi (2002–2015)

## Değişim Çağrısı

DSM-5'i geliştirme çabaları on yıldan fazla sürdü. Amaçları önceki DSM versiyonlarının sınırlılıklarını ortadan kaldırarak yeni bir DSM geliştirmek olan DSM-5 hazırlık ekibi ve çok sayıda çalışma grubunun uzun yıllar süren hazırlık çalışmaları sonucunda yeni tanı ve sınıflandırma sistemi 2013 yılında yayımlandı. DSM-5'in tanı kategorileri ve kriterlerine, bu ders kitabında sıkça yer verilmektedir (APA, 2013).

Klinik uygulama alanındaki pek çok kişi ve pek çok araştırmacıda DSM-5 kaygı uyandırdı (bk. BilgiMerkezi). Yukarıda açıklanan olası güvenirlik ve geçerlik sınırlılıklarına ek olarak eleştirmenler, kriter ve kategorilerde yapılan değişikliklerin bazılarının sakıncalı olabileceğinden ve danışanlar için bazen sorunlara yol açabileceğinden endişelenmektedir. Endişelerin odağında olan DSM-5 değişiklikleri aşağıda sıralanmıştır:

- Yakın zamanda yas deneyimi olan kişiler için "majör depresif bozukluk" tanısını önermesi (bk. 6. Bölüm)
- Yeni bir kategori olarak "adet öncesi disforik bozukluk" tanısının eklenmesi (bk. Bölüm 6)
- Ciddi tıbbi problemler konusunda aşırı endişeli olan kişilere verilebilecek yeni bir kategori olan "bedensel belirti bozukluğu" tanısının eklenmesi (bk. Bölüm 8)
- Madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımını (her biri farklı tedaviler gerektirebilen örüntüler) tek bir kategori olan "madde kullanım bozukluğu" altında birleştirmesi (bk. Bölüm 10)
- Madde kullanım bozukluklarının yanı sıra "kumar oynama bozukluğu" kategorisini bir bağımlılık türü olarak gruplandırması (bk. Bölüm 10)
- Otizmin tüm biçimlerini tek bir kategori olan "otizm spektrum bozukluğu" altında birleştirmesi ve böylece geçmişte var olan "Asperger sendromu" kategorisini ortadan kaldırması (bk. Bölüm 14)
- Yaşa bağlı görülebilecek normal bir durum olan unutkanlığı, yanlış kullanılması muhtemel olan yeni bir kategori olarak "hafif nörobilişsel bozukluk" tanısı altında toplaması (bk. Bölüm 15)

## #EtiketlemeDevamEder

Amerikalıların %33'ü "akıl hastası" olarak etiketlenme korkusu nedeniyle danışmanlık almak için başvurmuyor.

Amerikalıların %53'ü kendilerine bir tanı koyulma ihtimali nedeniyle bir psikoterapiste gitmek konusunda tereddüt yaşıyor.

(Roper, 2017; Opinion Research Corporation, 2011, 2004)

## Tanı ve Etiketleme Zarar Verebilir mi?

Güvenilir değerlendirme verileri ile güvenilir ve geçerli sınıflandırma kategorilerine rağmen klinisyenler bazen yine de yanlış bir sonuca varabilirler (Norman ve diğ., 2017). Tüm insanlar gibi klinisyenler de bilgi işleme konusunda hata yapar. Örneğin araştırmalar klinisyenlerin, değerlendirme sürecinin başlarında toplanan bilgilerden çok fazla etkilendiklerini göstermektedir. Ek olarak bir ebeveynin çocuğu hakkında verdiği bilgilerde olduğu gibi bazı bilgi kaynaklarına çok fazla dikkat ederken çocuğun bakış açısı gibi diğerler kaynaklara gereken önemi vermeyebilirler. Son olarak verecekleri karar pek çok kişisel ön yargıdan da (örn. cinsiyet, yaş, ırk ve sosyoekonomik durum gibi) etkilenebilir. Değerlendirme araçlarının, değerlendiricilerin ve sınıflandırma sistemlerinin sınırlılıkları göz önüne alındığında yapılan çalışmaların

# DSM: BÜYÜK RESİM

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM), Kuzey Amerika'da en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemidir. Aslında bir yandan da çalışmalar devam etmektedir. 947 sayfalık güncel versiyonu olan DSM-5, son yetmiş yılda birçok değişikliğe uğrayan bu sistemin en son sürümüdür. DSM ayrıca dünya çapındaki diğer tanı sistemleriyle rekabet halindedir.

## Rakipler

Hem Kuzey Amerika'da hem de tüm dünyada DSM diğer iki tanı sistemiyle rekabet halindedir: **Bozuklukların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) ve Araştırma Etki Alanı Kriterleri (RDoC).**

| | DSM | ICD | RDoC |
|---|---|---|---|
| Üretici | APA | WHO* | NIMH** |
| Bozukluklar | Psikolojik | Psikolojik/tıbbi | Psikolojik |
| Kriter | Detaylı | Kısa | Nöro/biyolojik |
| Başvuru | Uygulama/araştırma | Uygulama/araştırma | Araştırma |
| Kullanım Alanı | Kuzey Amerika | Dünya çapında | Birleşik Devletler |

* (Dünya Sağlık Örgütü) ** Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)

## Yalnızca Bir Nesil Önce...

DSM'de listelenen bozuklukların çoğu çok tanıdıktır ve sanki hep orada oldukları izlenimini verir. Ancak bozuklukların ve/veya etiketlerinin çoğu nispeten yenidir.

**Yalnızca bir nesil önce,** DSM'de şunlar yoktu:

- Bulumia nevroza
- Otistik bozukluk
- TSSB
- Panik bozukluk
- Narsisistik kişilik bozukluğu
- Sınır kişilik bozukluğu

**Yalnızca bir nesil önce,** bazı bozukluklar farklı bir adla yer alıyordu disorders:

| Geçmiş | Şimdi |
|---|---|
| Zihinsel gerilik | Entellektüel yetiyitimi (sayfa 460) |
| Manik-depresif bozukluk | İki uçlu bozukluk (sayfa 201) |
| Çoğul kişilik bozukluğu | Kimlik çözülmesi bozukluğu (sayfa 160) |
| Demans | Nörobilişsel bozukluk (sayfa 480) |
| Hipokondria | Hastalık kaygısı bozukluğu (sayfa 248) |

## DSM-5'e Dair Öne Çıkan Endişeler

DSM-5'teki pek çok değişiklik, endişeleri de beraberinde getirdi. Kimi klinik çevrelerde özellikle birkaç tanesi özellikle tartışma yaratmıştır.

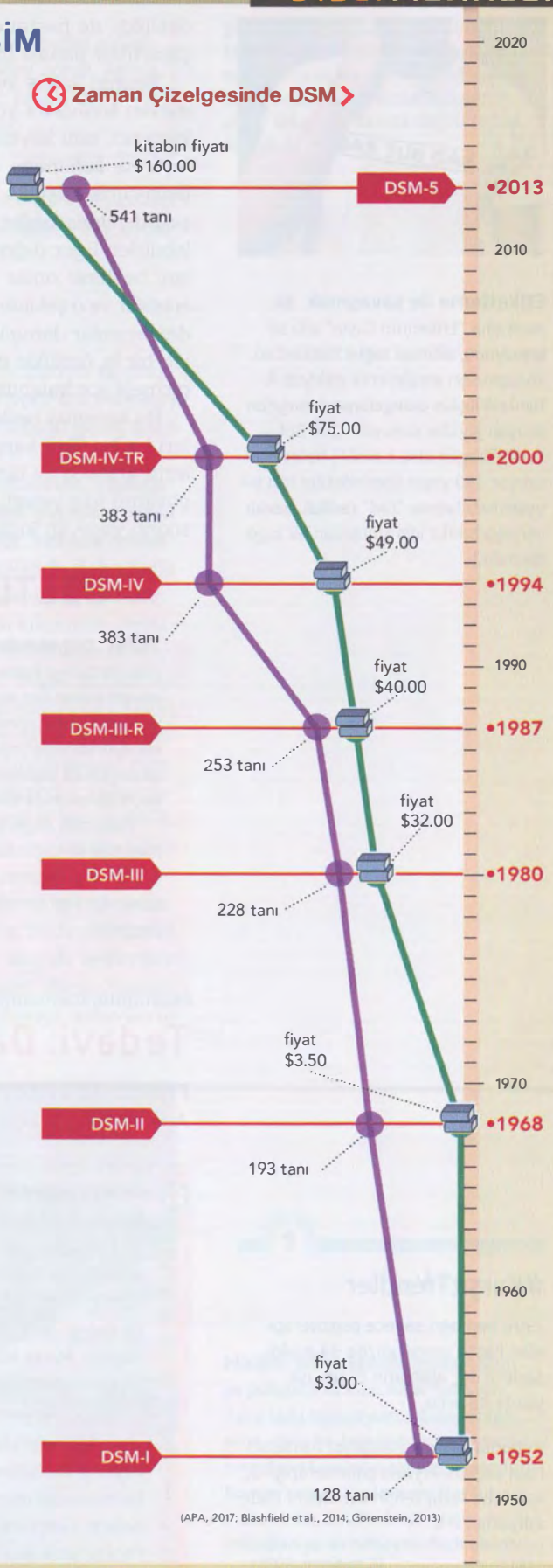
Kanser gibi **ciddi bir tıbbi rahatsızlığı** olan bir kişi eğer "aşırı" derecede sıkıntı hissi yaşarsa, bedensel belirti bozukluğu olarak tanımlanan psikiyatrik bir tanı da alabilir.

**Normal yas tepkileri** deneyimleyen bir kişi, eğer "aşırı" derecede sıkıntı hissi yaşarsa, psikiyatrik bir tanı olan depesyon tanısını da alabilir.

Seks, internet kullanımı ve alışveriş gibi **aşırı bir şekilde yapılan** birçok davranış, nihayetinde davranışsal bağımlılıklar olarak kabul edilebilir.

**Yaşa bağlı normal unutkanlığı** olan kişiler, hafif nörobilişsel bozukluk tanısı alabilir.

## Zaman Çizelgesinde DSM




(APA, 2017; Blashfield et al., 2014; Gorenstein, 2013)




Maya Sherwood Photography/REX/Shutterstock

**Etiketleme ile savaşmak** Bir markanın "Etiketinizi Giyin" adlı bir kreasyonu, zihinsel sağlık hakkındaki konuşmaları ateşleyerek psikiyatrik tanılara ilişkin damgalamaya meydan okuyan giysiler sunuyor. "Sad But Rad" ("Üzgün ama havalı") tişörtü çok satıyor. (30 yaşın üzerindekiler için bir uyarı/hatırlatma: "rad" radikal, havalı ve/veya harika için kullanılan bir argo terimdir.)

özellikle de hastanelerde tanı koyma konusunda yapılan akıl almaz hataları ortaya çıkartıyor olması hiç de şaşırtıcı değildir (Liese ve Reis, 2016; Schildkrout, 2016).

Tanının yanlış koyulması ihtimalinin ötesinde insanları sınıflandırma eylemi istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Örneğin Bölüm 2'de okuduğunuz gibi birçok aile-sosyal kuramcı, tanı koyma etiketinin kendi kendini gerçekleştiren kehanete dönüşebileceğine inanır. Kişilere psikiyatrik hastalık tanısı konduğunda, dışarıdan bu şekilde algılanabilir ve buna karşılık olarak tepki verilebilirler. Eğer diğerleri, ondan hasta rolünü oynamasını beklerse onlar da kendilerini hasta olarak kabul edebilir ve o şekilde davranmaya başlayabilirler. Dahası, bizim toplumumuzda anormal davrananlar damgalanır (Corrigan ve diğ., 2017). Akıl hastası olarak etiketlenen insanlar, bir iş, özellikle de bir sorumluluk gerektiren bir iş bulabilmeyi veya sosyal ilişkilere girmeyi zor bulabilir. Bir kez etiketlendiğinde bu etiket uzun süre çıkmayabilir.

**Neden bedensel hastalıklar değerli görülürken psikolojik sorunlar sıklıkla eleştirilir?**

Bu sorunlar nedeniyle bazı klinisyenler tanıların kaldırılmasını istemektedir. Diğerleri ise bu fikre karşı çıkmaktalar. Onlar, psikolojik bozukluklar hakkında doğru bilgilerin artması ve tanı tekniklerinin geliştirilmesi gibi basit çalışmaların bu sorunların çözümü için yeterli olduğuna inanıyorlar. Sınıflandırma ve tanının, psikolojik olarak sıkıntı yaşayan insanları anlamak ve tedavi etmek için kritik olduğunu savunuyorlar.

## ... ÖZETLE

**TANI** Değerlendirme verilerini topladıktan sonra klinisyen, danışanın klinik açıdan resmini çizer ve tanıya karar verir. Tanı, bir sınıflandırma sisteminden seçilir. Kuzey Amerika'da en yaygın kullanılan sistem *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'dır (DSM). DSM'nin en yeni versiyonu, içinde 500'den fazla tanı kategorisi olan DSM-5'tir. DSM-5'te DSM'nin önceki versiyonlarında bulunan tanı kategorilerine, kriterlerine ve organizasyonuna çok sayıda ekleme ve değişiklik yapılmıştır. Bu gözden geçirilmiş tanı ve sınıflandırma sisteminin güvenirliği ve geçerliği şu anda klinik açıdan incelenmekte ve bazı çevrelerde eleştiri konusu olmaktadır.

Güvenilir değerlendirme verileri ile güvenilir ve geçerli sınıflandırma kategorilerine rağmen bile klinisyenler her zaman doğru sonuca varamayacaktır. Onlar insandır ve bu nedenle çeşitli ön yargıların, yanlış anlamaların ve beklentilerin kurbanı olurlar. Tanıyla ilgili bir diğer sorun ise tanı konulan kişiye zarar verebilecek olan, etiketlemenin beraberinde getirdiği ön yargıdır.

# Tedavi: Danışana Nasıl Yardım Edilebilir?

Franco, 10 ay boyunca depresyon ve ilişkili semptomlar nedeniyle tedavi gördü. Aşağıdaki raporda belirtildiği gibi bu süre zarfında önemli ölçüde iyileşti:

*Terapi süresince Franco'nun kendisini güçsüz kılan depresyonu hafifledi. Giderek annesinin kendisine yönelik suçlamalarının ve kendi kendine yönelttiği suçlamaların doğru olmadığını anladı. Ayrıca Maria'nın kendisine bağlanma konusundaki isteksizliğinin, korkunç veya yetersiz bir insan olduğunun bir işaretinden çok, hayatının neresinde olduğuyla ilgili olma olasılığını da düşünmeye başladı. Sonunda Maria ve Franco ilişkiye yeniden başlamasalar da tekrar görüşebildiler. Franco, Maria'nın kendisinden nefret etmediğini anladığında iyi hissetti. Hatta Maria Franco'ya, ayrılmalarının ardından annesinin onun hakkında bazı güzel şeyler söylediğinden bahsetti.*

*Franco, iş yerindeki sorunlarını da çözmeyi başardı. Son zamanlarda yaşadığı zorlukları iş yerindeki amiriyle paylaştı ve kendisini, iş performansını iyileştirmeye adadı. Son zamanlarda yaşadığı zorluklar öncesinde kendisine arkadaşça davranan amiri, kendisiyle açıkça iletişim kurmasından memnun olduğunu ve performansını iyileştirmesi için gereken fırsatı vereceğini belirtti. Gerçekte iş yerinde ne kadar önemsendiğini duymak onu şaşırttı, amirinin ifadesiyle: "Yoksa sana niye terfi verilmiş olsun ki?"*

## #KarşıtTrendler

1998'den beri sadece psikoterapi alan hasta sayısı, yüzde 34 azaldı. Sadece ilaç alanların oranı ise yüzde 23 arttı.

Bununla birlikte günümüz hastaları hala ilaçlara kıyasla psikoterapiyi üç kat daha fazla tercih ettiklerini ifade ediyorlar.

(Gaudiano, 2013)

*Terapi süresince Franco, arkadaşlarıyla eğlenceli vakit geçirebilmek için kendini zorladı. İlişkileri yeniden düzenlemesiyle birlikte duygu durumunun da iyileştiriğini gördü. Ayrıca Jesse isimli bir kadınla çıkmaya başladı. Bu yeni ilişkiyi, geçmişindeki yıkıcı kalıplardan farklı şekillerde ele almaya çalışırken tedavide öğrendiği dersleri sık sık düşündü.*

Tedavinin Franco'ya iyi geldiği açıktı ve artık bundan 10 ay önce ilk kez yardım arayan o adamdan daha mutlu, daha işlevsel bir insandı. Peki terapisti bu kadar yararlı olduğu kanıtlanan tedavi programına nasıl karar verdi?

## Tedaviye Karar Verme

Franco'nun terapisti diğer tüm terapistler gibi işe değerlendirme ve tanıyla başladı. Franco'nun sorununun spesifik ayrıntılarını ve arka planını (idiyografik veriler) bilen ve bu bilgiyi depresyonun doğası ve tedavisi hakkında sahip olduğu geniş bilgi ile birleştiren klinisyen, ona uygun bir tedavi planı hazırladı.

Terapistler tedaviye karar verirken ilave faktörlerden etkilenebilirler. Hazırlayacakları tedavi planları tipik olarak teorik yönelimlerini ve terapi yapmayı nasıl öğrendiklerini yansıtır (Wedding & Corsini, 2019). Terapistler her vakada yöneldikleri modeli uyguladıkça onun ilkelerine ve tedavi tekniklerine gitgide daha fazla aşina olurlar ve bunları diğer danışanlarla çalışırken kullanma eğiliminde olurlar.

Güncel araştırmalar da tedavi kararlarında rol oynayabilir. Çoğu klinisyen, uygulamaya bir rehber olması nedeniyle bilimsel araştırmaları değerli bulduklarını söyler (Gyani ve diğerleri, 2015; Beutler ve diğerleri, 1995). Ancak hepsi araştırma makalelerini tam olarak okumadıkları için onlardan doğrudan etkilenemezler (Holt ve diğerleri, 2015; Stewart & Chambless, 2007). Aslında anketlere göre terapistler alandaki en son gelişmeler hakkındaki bilgilerinin çoğunu meslektaşlarından, profesyonel haber bültenlerinden, çalıştaylardan, konferanslardan, internet sitelerinden, kitaplardan ve benzeri diğer kaynaklardan edinmektedir (Farrell & Shaw, 2018; Corrie & Callanan , 2001). Ne yazık ki bu kaynakların doğruluğu ve kullanışlılığı büyük ölçüde farklılaşabilmektedir.

Klinisyenlerin araştırma bulgularını daha yakından tanımalarına ve uygulamalarında yer vermelerine yardımcı olmak için özellikle Kuzey Amerika, Birleşik Krallık gibi yerlerde **görgül olarak desteklenen terapiler** veya **kanıta dayalı tedaviler** olarak adlandırılan bir hareket vardır (Wiltsey-Stirman & Comer, 2019; Stamm ve diğ., 2018). Bu hareketin savunucuları, her bir bozukluk için hangi tedavilerin

**görgül olarak desteklenen tedavi** Belirli bir bozukluk için araştırmalarca açık olarak desteklenmiş ve ilgili tedavi kılavuzlarının yer aldığı terapidir. Kanıta dayalı tedavi olarak da bilinir.




AP Photo/Michael Dwyer

**Halkın bilinçlendirilmesi** Stres ve psikolojik rahatsızlıklar hakkında daha fazla kamuoyunun bilinçlenmesinin, daha iyi değerlendirme ve tedavi sonuçlarına yol açacağı düşüncesiyle Boston Logan Uluslararası Havalimanı bu tür rahatsızlıkları yaşamış ünlü olan ya da olmayan düzinelerce insanın yer aldığı devasa posterlerden oluşan bir sanat sergisi düzenliyor.

**yeni yaklaşım hareketi** Tüm başarılı terapilerde var olan bir dizi ortak faktörü veya ortak stratejileri belirleme hareketi.

araştırmalarca desteklendiğini belirlemeye, ilgili tedavi kılavuzlarını önermeye ve bu bilgileri klinisyenlere duyurmaya çalışan özel birimler oluşturmuşlardır. Bu hareket, son yıllarda önemli bir ivme kazanmıştır.

## Tedavinin Etkililiği

Şu anda klinik alanda 400'den fazla terapi çeşidi uygulanmaktadır (Zarbo ve diğ., 2015). Doğal olarak her biri hakkında sorulması gereken en önemli soru, beklenen sonucu verip vermediğidir. Belirli bir tedavi, insanların psikolojik sorunlarının üstesinden gelmelerine gerçekten yardımcı oluyor mu? Yüzeyde bu soru oldukça basit görünebilir. Ama aslında klinik araştırmacılarının cevaplaması en zor sorulardan biridir.

İlk sorun, "başarı"nın nasıl tanımlanacağıdır. Franco'nun terapistinin ima ettiği gibi terapinin sonuna gelindiği hâlde daha yapılacak çok şey varsa şimdiye kadarki iyileşme başarı sayılmalı mı? İkinci sorun ise iyileşmenin nasıl ölçüleceğidir (Lambert, 2015, 2010). Araştırmacılar danışanların, danışanın arkadaşlarının, akrabalarının, terapistlerin ve öğretmenlerin raporlarına eşit derecede ağırlık vermeli mi? Derecelendirme ölçekleri, envanterler, terapideki iç görüler, gözlemler veya başka bir ölçü kullanmalılar mı?

Tedavinin etkinliğini belirlemede belki de en büyük sorun, şu anda kullanılan tedavilerin çeşitliliği ve karmaşıklığıdır. İnsanlar yaşadıkları sorunlara, kişisel tarzlarına ve terapi motivasyonlarına göre farklılık gösterirler. Terapistler ise beceri, deneyim, yönelim ve kişilik bakımından farklılık gösterirler ve terapiler teori, format ve biçim açısından farklılık gösterir. Bir kişinin ilerlemesi tüm bu faktörlerden ve daha fazlasından etkilendiğinden belirli bir çalışmanın bulguları her zaman diğer danışanlar ve terapistler için geçerli olmayacaktır (bkz. Şekil 3-4).

**İnsanlar tedavi arayışındayken uygun terapist ve terapi yaklaşımı konusunda nasıl doğru karar verebilir?**

Uygun araştırma prosedürleri ile bu sorunlardan bazıları hedef alınabilir. Kontrol grupları, seçkisiz atama, eşleşen araştırma katılımcıları ve benzerleri yöntemleri kullanarak çeşitli terapiler hakkında kesin sonuçlar çıkarabilirler. Ancak iyi tasarlanmış çalışmalarda bile tedavinin çeşitliliği ve karmaşıklığı ulaşılabilecek sonuçları sınırlamaktadır (Kazdin, 2017, 2015).

Bu sorunlara ve zorluklara rağmen tedaviler değerlendirilmelidir ve klinik alandaki araştırmacılar bu konuda ilerleme kaydetmiştir. Aslında araştırmacılar, çeşitli tedavilerin etkilerini ölçen ve karşılaştıran binlerce terapi sonuç çalışması yürütmüştür. Çalışmalar tipik olarak şu üç sorudan birine odaklanır: (1) Terapi genel olarak etkili mi? (2) Belirli tür terapiler genellikle etkili mi? (3) Belirli türdeki terapiler belirli sorunlar için etkili mi?

**Terapi Genel Olarak Etkili mi?** Araştırmalar, terapinin sıklıkla hiç tedavi almama ya da plaseboya göre daha etkili olduğunu göstermektedir. Öncü niteliğinde bir derleme çalışmasında çeşitli terapi yaklaşımlarıyla takip edilen ve yaklaşık 25.000 kişiyi kapsayan 375 kontrollü çalışmayı incelenmiştir (Smith, Glass ve Miller, 1980; Smith & Glass, 1977). Gözden geçirme çalışmasını yürüten araştırmacılar, elde ettikleri bulguları meta analiz adı verilen özel bir istatistiksel teknik kullanarak birleştirdiler.

FİGÜR 3-4

### Terapi Sonuçlarına Hangi Faktörler Katkıda Bulunur?

Araştırmalara göre bir danışanın terapideki ilerleyişi, kısmen kendisi ya da terapisti tarafından kullanılan stratejilerle ilgilidir. Aslında danışanın beklentileri, danışan-terapist ilişkisi ve danışanın hayatındaki eş zamanlı olaylar gibi faktörler bir araya gelerek tedavi sonucu üzerinde önemi bir rol oynar (Bilgi kaynağı: De Nadai ve diğerleri, 2017; McClintock ve diğerleri, 2017; Davidson & Chan, 2014; Norcross & Lambert, 2011; Cooper, 2008).



Bu analiz sonucunda tedavi gören ortalama bir kişinin, tedavi görmeyen kişilerin yüzde 75'inden daha iyi durumda olduğu belirlendi. Diğer meta analizler de tedavi ve iyileşme arasında benzer ilişkiler göstermektedir (Sharf, 2015).

Bazı klinisyenler, önemli bir başka soruyla da ilgilenmektelerdir: Terapi zararlı olabilir mi? Bir dizi çalışma, hastaların yüzde 5 ila 10'unun aslında terapi nedeniyle daha da kötüleştiğini göstermektedir (Lambert, 2015, 2010; Lambert ve diğ., 1986). Danışanların semptomları daha yoğun hâle gelebilir veya terapiden fayda sağlayamamaları nedeniyle başarısızlık, suçluluk, azalan benlik saygısı veya umutsuzluk gibi yeni semptomlar geliştirebilirler.

**Belirli Terapiler Genellikle Etkili mi?** Şimdiye kadar okuduğunuz çalışmalar, çeşitli terapilerin genel etkinliklerini değerlendirmek amacıyla yapılmış çalışmalardır. Ancak birçok araştırmacı, tüm terapilere aynı şekilde yaklaşmanın yanlış olduğunu düşünmektedir. Bazı eleştirmenler, bu çalışmaların aynılık miti olarak tanımlanabileceğini yani terapistin eğitimi, deneyimi, teorik yönelimi ve kişiliğindeki farklılıklara rağmen tüm terapilerin eş değer olduğuna dair yanlış bir inanca dayandığını öne sürüyorlar (Heppner ve diğerleri, 2016; Kiesler, 1995, 1966).

Bu nedenle alternatif bir yaklaşım, belirli tedavilerin etkililiğini incelemeye odaklanır. Bu türdeki araştırmaların çoğu ele alınan tedavi biçiminin, hiç tedavi olmayan gruptan veya plasebo grubundan daha üstün olduğunu göstermektedir (Prochaska & Norcross, 2018). Diğer çalışmalar da belirli terapileri birbiriyle karşılaştırmış ve genel olarak hiçbir terapi biçiminin diğerlerinden daha üstün olmadığını bulmuştur (Luborsky ve diğerleri, 2006, 2002, 1975).

Farklı terapi türlerinin benzer başarıları varsa ortak noktaları da olabilir mi? Yeni yaklaşım hareketindeki insanlar, klinisyenlerin özel yönelimlerinden bağımsız olarak tüm etkili terapilerde geçerli olabilecek bir dizi ortak faktörü veya ortak teknikleri belirlemeye çalışmaktadır (Yang & Zhang, 2017). Son derece başarılı terapistlere ilişkin yapılmış anketler çoğunun danışana geri bildirim verdiğini, danışanın kendi düşünce ve davranışlarına odaklanmasına yardımcı olduğunu, terapist-danışan etkileşimine dikkat ettiklerini ve danışanlarının öz denetimlerini artırmayı teşvik etmeye çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Kısacası farklı yönelimlere sahip olsalar da etkili terapistler, aslında benzer şeyleri uyguluyor olabilirler.

**Belirli Terapiler Belirli Problemler İçin Etkili mi?** Farklı türde bozukluğa sahip olan kişiler, çeşitli terapi formatlarına farklı tepkiler verebilirler (Norcross ve diğ., 2017; Norcross & Beutler, 2014). Sık sık alıntılanan bir açıklamada, bu alanda sözü




Harley L. Schwadron/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*İnanın bana; Batman, benden daha çok baskı altında.*

## #FilmlerdekiKlinisyenler

Dr. Fletcher (Parçalanmış (Split), 2017)

Dr. Aurelius (Açlık Oyunları: Alaycı Kuş, 2. Bölüm (The Hunger Games: Mockingjay,Part2), 2015)

Dr. Banks (Acı Reçete (Side Effects), 2013)

Dr. Patel (Umut Işığım (The Silver Linings Playbook), 2012)

Dr. Cawley (Zindan Adası (Shutter Island), 2010)

Dr. Steele (Sahtekar (Changeling), 2008)

Dr. Rosen (Akıl Oyunları (A Beautiful Mind), 2001)

Dr. Crowe (Altıncı His (The Sixth Sense), 1999)

Dr. Sobel (Anlat Bakalım (Analyze This), 1999)

Dr. Maguire (Can Dostum (Good Will Hunting), 1997)

Dr. Lecter (Kuzuların Sessizliği (The Silence of the Lambs), 1991)

Dr. Marvin (Peki ya Bob? (What About Bob?), 1991)

Dr. Sayer (Uyanışlar (Awakenings), 1990)

Dr. Berger (Sıradan İnsanlar (Ordinary People), 1980)

**psikofarmakolog** Öncelikli olarak ilaç reçete eden psikiyatri hekimi.

geçen bir klinik teorisyen olan Gordon Paul bundan yaklaşık elli yıl önce terapinin etkililiğine ilişkin sorulabilecek en uygun sorunun "*Bu* spesifik soruna sahip olan *bu* danışan için *kim tarafından* verilen, *hangi* spesifik tedavi, *hangi koşullar altında* uygulandığında en etkili yaklaşım olur?" olabileceğini söyledi (Paul, 1967, s. 111). Araştırmacılar, belirli terapilerin belirli bozuklukların tedavisinde ne kadar etkili olduğunu araştırdılar ve genellikle çeşitli terapiler arasında büyük farklılıklar buldular. Örneğin bilişsel-davranışçı terapiler, fobilerin tedavisinde hepsinden daha etkili görünürken (Antony, 2019; Grohol, 2016) ilaç tedavisi şizofreni için en etkili tedavi seçeneği gibi görünüyor (Joshi ve diğerleri, 2018; Andrade, 2016).

Daha önce okuduğunuz gibi çalışmalar, bazı klinik problemlerin *kombine* yaklaşımlara daha iyi yanıt verebileceğini de gösteriyor (Kamenov ve diğerleri, 2017; Norcross & Beutler, 2014). Depresyon tedavisinde olduğu gibi ilaç tedavisi bazen belirli psikoterapi yaklaşımlarıyla bir arada kullanılır. Aslında günümüzde danışanların iki klinisyen tarafından takip edilmesi yaygın bir yaklaşımdı; biri esas olarak ilaçları düzenleyen ve bir psikiyatrist olan bir **psikofarmakolog**, diğeri ise psikoterapiyi yürüten bir psikolog, sosyal çalışmacı veya başka bir terapist. Açıkçası, belirli terapilerin spesifik bozuklukların üstesinden nasıl geldiklerine dair bilgi hem terapistlerin hem de danışanların tedavi hakkında daha iyi kararlar vermelerine yardımcı olabilir. Kitap boyunca çeşitli bozuklukları incelerken bu konuya değinmeye devam edeceğiz.

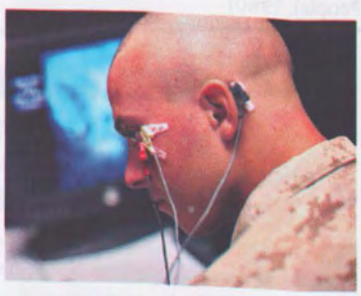
## ... ÖZETLE

**TEDAVİ** Terapistlerin tedavide verdikleri kararlar; değerlendirme bilgilerinden, tanılardan, klinisyenin teorik yöneliminden, araştırmalara aşina olmasından ve alandaki bilgisinden etkilenebilir. Tedavinin etkililiğini belirlemek zordur. Bununla birlikte terapi sonuç çalışmaları üç genel sonuca yol açmıştır: (1) Terapi gören kişilerin, benzer sorunları olan ve tedavi görmeyen kişilerden iyilik hâlleri genellikle daha fazladır; (2) çeşitli terapiler, genel etkililikleri açısından önemli ölçüde birbirlerinden ayrışmamaktadır ve (3) belirli terapiler veya terapi kombinasyonları, belirli bozukluklar için diğerlerinden daha etkili görünmektedir. Günümüzde bazı terapistler etkililiği görgülü olarak desteklenen tedavileri ve araştırmalarca desteklenmiş bu müdahalelerin aktif olarak tanımlanması, tanıtılması ve öğretilmesinin gerekliliğini savunmaktadır.

## Klinik Değerlendirmeyi Gelecekte Ne Bekliyor?

Bu bölümde uygun tanı ve etkili tedavi için doğru klinik değerlendirmenin ön koşul olduğu gerçeği son derece açıktır. Buna uygun olarak 1950'lerden önce değerlendirme araçları klinik pratiğin oldukça saygın bir parçasıydı. Ancak 1960'larda ve 1970'lerde yapılan araştırmalar, bazı araçların hatalı veya tutarsız olduğunu ortaya koymaya başlayınca birçok klinisyen gözünde sistematik değerlendirme değer kaybetti. Günümüzde değerlendirmeye duyulan saygı yeniden yükselişte. Bu ilginin yenilenmesinin bir nedeni, araştırmacıların klinik araştırmalar için uygun katılımcıları seçmelerine yardımcı olmak için daha sıkı testler yapma dürtüsüdür. Yine başka bir faktör, beyin tarama tekniklerinin yakında çok çeşitli psikolojik bozukluklar hakkında değerlendirme bilgileri sunabileceğine dair alandaki artan inançtır. Değerlendirmeye duyulan saygının artmasıyla birlikte bu alandaki araştırmalar da artmıştır.

İronik olarak tıpkı klinisyenler ve araştırmacıların sistematik değerlendirmeyi yeniden keşfetmeleri gibi artan maliyetler ve ekonomik faktörler, değerlendirme araçlarının kullanımını caydırıyor olabilir. Bölüm 1'de okuduğunuz gibi psikolojik sorunları olan kişiler için sigorta denkliği ve değerlendirmeyi de içeren tedavi kapsamı, eyalet yasaları ve Affordable Care Act adındaki yasa (bk. sayfa 18) sonucunda yirmi birinci yüzyılda genişlemeye başlamıştır. Ayrıca yeni federal liderlik ve sağlık hizmetlerine ilişkin önceliklerin değişmesiyle birlikte birçok uzman gelecekte klinik değerlendirmenin sınırlı bir sigorta desteği alabileceği yönünde endişe duymaktadır. Sonuçta hangi kuvvet klinik değerlendirme üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olacak, umut verici araştırma mı yoksa ekonomik baskı mı? Zaman gösterecek.



AP Photo/Jae C. Hong

**Göz kırpma** Savaş görevine girmeden önce bu denizci göz kırpma testine girer. Bu test, göz kapağına ve yüzün diğer kısımlarına sensörlerin takıldığı psikofizyolojik bir testtir. Test, gerilim ve kaygının fiziksel göstergelerini tespit etmeye ve hangi deniz piyadelerinin travma sonrası stres bozukluğuna özellikle duyarlı olabileceğini yordamaya çalışır.

## ... Anahtar Terimler

idiyografik bilgi, s. 73
değerlendirme, s. 73
standardizasyon, s. 74
güvenirlik, s. 74
geçerlik, s. 74
klinik görüşme, s. 75
mental durum değerlendirmesi, s. 76
klinik test, s. 77
projektif test, s. 77
Rorschach testi, s. 78
tematik algı testi (TAT), s. 79
kişilik envanteri, s. 80
Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), s. 80
tepki envanterleri, s. 82
psikofizyolojik test, s. 82
nörolojik test, s. 84
EEG, s. 84
nörogörüntüleme teknikleri, s. 84
BT taraması, s. 84
PET taraması, s. 85
MRI, s. 85
fMRI, s. 85
nöropsikolojik test, s. 85
batarya, s. 85
zeka testi, s. 85
zeka bölümü (IQ), s. 85
doğal gözlem, s. 86
analog gözlem, s. 86
kendi kendini izleme, s. 87
teşhis, s. 88 sendromu, s. 88
sınıflandırma sistemi, s. 88
DSM-5, s. 89
kategorik bilgiler, s. 89
boyutsal bilgi, s. 90
görgül olarak desteklenen tedavi, s. 95
terapi sonuç çalışması, s. 96
yakınlaşma hareketi, s. 97
ortak faktörler, s. 97
psikofarmakolog, s. 98

## ... Hızlı Kısa Sınav

1. Klinik değerlendirme araçları hangi tür güvenirlik ve geçerlik değerlerine sahip olmalıdır? *s. 74-75.*
2. Yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmelerin güçlü ve zayıf yönleri nelerdir? *s. 76-77.*
3. Günümüzün önde gelen projektif testlerini listeleyin ve tanımlayın. *s. 77-79.*
4. MMPI'nin temel özellikleri nelerdir? *s. 80-81*
5. Projektif testlerin (s. 79), kişilik envanterlerinin (s. 81-82) ve diğer klinik test türlerinin *(s. 82-86)* güçlü ve zayıf yönleri nelerdir?
6. Klinisyenler psikolojik sorunların beyin hasarıyla bağlantılı olup olmadığını nasıl belirler? *s. 84-85.*
7. Klinisyenlerin danışanların davranışlarını gözlemleme yöntemlerini tanımlayın. *s. 86-87*
8. Klinik tanıların amacı nedir? *s. 88.*
9. DSM-5'i tanımlayın. Sınıflandırma sistemlerinin kullanımına ve klinik tanı sürecine hangi problemler eşlik edebilir? *s. 89-94.*
10. Terapi sonuç çalışmalarına göre terapi ne kadar etkilidir? *s. 96-98*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğu'nu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

4

# ...Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

*25 yaşındaki bir web tasarımcısı olan Tomas, "aklını kaçırmış" olabileceğinden korkuyordu. Her zaman endişeli biriydi. Sağlığı, kız arkadaşı, işi, sosyal hayatı, geleceği, ekonomik durumu vb. pek çok şey hakkında endişe ederdi. En yakın arkadaşı ona kızmış mıydı? Kız arkadaşı ondan sıkılmış mıydı? Parası ile akıllıca yatırımlar yapıyor muydu? Müşterileri yaptığı işten memnun muydu? Bu endişeler son zamanlarda dayanılmaz bir düzeye ulaşmıştı. Başına korkunç bir şey geleceği düşüncesi onu tüketiyordu. Bir saatlik bir zaman diliminde parasız kalmak, kansere yakalanmak, ebeveynlerinden birini kaybetmek, arkadaşlarını kızdırmak ve daha pek çok konu hakkında yoğun endişeleri olabiliyordu. Her seferinde bir felaketin onu beklediğinden neredeyse emindi. Kendisinden veya başkalarından gelen hiçbir güvence onun için uzun süreli bir rahatlama sağlamıyordu.*

*Tomas, klinik psikolog Dr. Adena Morven ile terapiye başladı. Dr. Morven, Tomas'ın sıkıntıda olduğunu hemen fark etti. Gergin ve korkmuş görünüyordu ve koltuğunda rahat bir şekilde oturamıyordu; ayaklarını sallıyordu ve bir anlığına dışarıdan gelen korna sesini duyunca yerinden zıpladı. Ziyaret boyunca kıpırdanıp durdu, huzursuzdu ve sürekli beden duruşunu değiştiriyordu ve Dr. Morven'e yaşadığı zorluklardan bahsederken nefessiz kalmış gibi gözüküyordu.*

*Tomas, terapiste sık sık dikkatini toparlamakta ve konsantre olmakta zorlandığını anlattı. Müşterileri için internet sitelerini tasarlarken az evvel ne düşündüğünü unutuyordu. Bir projeye başlamasına 5 dakika varken, bu konuda belirlediği genel stratejisinin çoğunu hatırlayamıyordu. Sohbet esnasında bir cümleye başlıyordu ve sonra söylemek istediği şeyi unutuyordu. TV izlemek imkânsız hâle gelmişti. Herhangi bir şeye 5 dakikadan fazla bir süre konsantre olmanın zor olduğunu fark etmişti, sanki zihni onu yapması gereken işten uzaklaştırıyordu.*

*En basit hâliyle söylemek gerekirse tüm bu yaşadıklarından rahatsızlık duyuyordu. Dr. Morven'e bir yandan ağzından çıkanlara gülerek "Bu kadar endişeli olmaktan da endişeleniyorum." dedi. Bu noktada Tomas, bir sohbete, göreve, plana ya da geziye başlarken her zaman en kötüsünü bekliyordu. Bir olay ya da konuşma gerçekten ters gitmeye başladıysa kendisini rahatsız edici pek çok duyguyla bunalmış hâlde buluyordu -kalbi daha hızlı atar, nefes alışverişi hızlanır ve bolca terlerdi. Bazı durumlarda, daha 25 yaşında olmasına rağmen gerçekten kalp krizi geçirdiğini düşünürdü.*

*Genellikle bu tür fiziksel tepkiler, çok uzun olmaz, sadece birkaç saniye sürerdi. Ancak bu birkaç saniye Tomas'a sonsuzmuş gibi gelirdi. Bu hisler yatıştıktan sonra normal dünyaya geri dönerdi -ama onun için "dünyaya geri dönmek" yeniden endişelenmeye ve giderek daha da çok endişelenmeye devam etmek anlamına geliyordu.*

*Dr. Morven, tüm bunların ne kadar üzücü olabileceği konusunda önce Tomas'a empati göstermeye çalıştı. Ona geçen yıl, geçen ay veya geçen hafta yerine neden şimdi terapiye gelmeye karar verdiğini sordu. Tomas pek çok şeyin farkına varmıştı. Birincisi, tüm endişe ve kaygıları artmış görünüyordu. İkincisi, uyumakta zorlanıyordu. Geceleri sağdan sola dönüp duruyordu -ve tabii ki bu onu daha da endişeli yapıyordu. Üçüncüsü, tüm endişelerinin, fiziksel belirtilerinin ve uykusuzluğunun genel anlamda sağlığı için iyi olmadığını düşünüyordu. Tüm bunlar sonunda büyük bir sağlık sorununa yol açmaz mıydı? Ve son olarak sürekli kaygısı hayatına müdahale etmeye başlamıştı. Kız arkadaşı ve diğer tanıdıkları ne kadar acı çektiğinin tam olarak farkında olmasa da Tomas her şeyi gizlemekten bıkmıştı. Kendini sosyal davetleri ve iş fırsatlarını giderek daha fazla geri çevirirken bulmuştu. Bir zamanlar çok sevdiği ve her hafta gittiği poker buluşmalarını da bırakmıştı. Ama evde kalmanın ona hiçbir faydası da olmuyordu. Bu şekilde daha ne kadar devam edebileceğini merak ediyordu.*

A Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Yaygın Kaygı Bozukluğu
  - Sosyokültürel Yaklaşım: Toplumsal ve Çok Kültürlülüğe Dair Faktörler
  - Psikodinamik Yaklaşım
  - İnsancıl Yaklaşım
  - Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
  - Biyolojik Yaklaşım
- Fobiler
  - Özgül Fobi
  - Agorafobi
  - Fobilere Ne Sebep Olur?
  - Fobiler Nasıl Tedavi Edilir?
- Sosyal Kaygı Bozukluğu
  - Sosyal Kaygı Bozukluğuna Ne Sebep Olur?
  - Sosyal Kaygı Bozukluğu İçin Tedaviler
- Panik Bozukluk
  - Biyolojik Yaklaşım
  - Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
  - Obsesyon ve Kompulsiyonların Özellikleri Nelerdir?
  - Psikodinamik Yaklaşım
  - Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
  - Biyolojik Yaklaşım
  - Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkili Bozukluklar
- Yaklaşımların Bütünleştirilmesi Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı

**korku** Merkezî sinir sisteminin kişinin iyi hâline yönelik ciddi bir tehdide verdiği fizyolojik ve duygusal tepki.

**kaygı** Merkezî sinir sisteminin belirsiz bir tehdit veya tehlike hissine verdiği fizyolojik ve duygusal tepki.

**yaygın kaygı bozukluğu** Çok sayıda olay ve durum hakkında ısrarcı ve aşırı kaygı duyguları ve endişeyle tanımlanmış bir bozukluk.

**Eğer korku duygusu bu kadar rahatsız ediciyse neden birçok insan lunaparktaki korku verici etkinlikler, korku filmleri, bungee jumping ve benzer etkinliklerin sebep olduğu korku duygusunu yaşamak istiyor?**

Korku ve endişeyi yaşamak için Tomas kadar yoğun sıkıntı duymanıza gerek yok. Nefes alıp vermenizin hızlandığı, vücudunuzdaki tüm kaslarınızın gerildiği ve kalbinizin ani bir korku duygusuyla çarptığı herhangi bir anı düşünün. Mesela böyle hissettiğiniz an yağmurlu bir günde arabanız neredeyse yoldan çıkarken mi, okulda hoca bir sınavın sonuçlarını ilan ettiğinde mi, ya aşık olduğunuz kişi başka biriyle çıktığında ya da patronunuz iş performansını artırmalısın dediğinde mi, sağlığınız için ciddi bir tehdit olabilecek bir durumla karşılaştığınızda mı? Bu gibi birçok koşulda **korku** olarak bilinen ani alarm durumuyla tepki verebilirsiniz. Bazen alarmınız için belirli bir köken olmadığını görseniz de sanki hoş olmayan bir şey olacakmış gibi tetikte beklersiniz ve kendinizi gergin ve sinirli hissedersiniz. Kökeni çok belli olmayan, belirsiz bir tehlike altında olma duygusuna genellikle **kaygı** denir ve korku ile aynı özelliklere -nefes alıp vermede aynı artış, kas gerginliği, terleme vb.- sahiptir.

Günlük yaşamdaki korku ve endişe içeren yaşantılar aslında hoş olmasa da çoğu zaman faydalıdır. Bir tehlike veya tehdit ile karşılaşmamız bizi bir eylem -"savaş ya da kaç"- için hazırlar. Fırtınalı havada daha dikkatli araba sürmemizi, ödevlerimizi takip etmemizi, arkadaşlarımıza daha duyarlı davranmamızı ve işimizde daha çok çalışmamızı sağlar. Ne yazık ki bazı insanlar, normal hayatlarını sürdüremeyecek ölçüde engelleyici bir korku ve kaygı yaşayabilir. Rahatsızlıkları çok şiddetli veya çok sıktır, çok uzun sürer veya çok kolay tetiklenir. İşte bu kişilerin bir kaygı bozukluğu veya kaygı ile ilişkili bir bozukluğu olduğu düşünülür.

Kaygı bozuklukları, Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın görülen zihinsel bozukluklar arasındadır. Herhangi bir yıl içinde yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 18'i DSM-5 tarafından tanımlanan kaygı bozukluklarından muzdaripken tüm insanların yaklaşık yüzde 29'u yaşamlarının herhangi bir noktasında kaygı bozukluklarından birini yaşamaktadır (NAMI, 2017; Kessler ve diğerleri, 2012, 2010, 2009). Bu kişilerin yaklaşık yüzde 37'si ise tedavi görmektedir (NIMH, 2017; Wang ve diğerleri, 2005). Araştırmalar, Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların yaşamları boyunca bir kaygı bozukluğu geliştirme olasılıklarının Afrikalı, Hispanik veya Asyalı Amerikalılardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (NIMH, 2017; Hofmann ve Hinton, 2014). Bu ırksal-etnik köken farklılığın nedeni tam olarak bilinmemektedir.

*Yaygın kaygı bozukluğu* olan kişiler, genel ve sürekli endişe ve kaygı duyguları yaşarlar. *Özgül fobileri* olan insanlarsa belirli bir nesne, aktivite veya durumla ilgili sürekli ve mantıksız bir korkuya sahiptir. *Agorafobisi* olan kişiler, mağaza veya sinema salonu gibi halka açık yerlerde bulunmaktan korkarlar. *Sosyal kaygı bozukluğu* olanlar, utanabilecekleri sosyal veya performans gerektiren durumlardan yoğun bir şekilde çekinirler ve *panik bozukluğu* olan insanlar, tekrarlayan panik atakları (korkunç şeyler olacağı ve bunu engelleyemeyeceğine ilişkin korku atakları) yaşarlar. Bir kaygı bozukluğu olan çoğu insan genelde bir ikincisinden de muzdariptir (Baldwin, 2018; Greist, 2018). Örneğin Tomas, yaygın kaygı bozukluğunda aşırı endişeye ve panik bozukluğa işaret eden tekrarlayan panik ataklar da yaşamaktadır. Ayrıca kaygı bozukluğu olanların çoğu depresyon da yaşar (Chen vd., 2019; Salcedo, 2018).

Kaygı, *obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar* olarak adlandırılan farklı bir grup problemde de önemli bir rol oynar. Bu bozukluklara sahip kişiler, kaygıya neden olan tekrarlayıcı istemsiz düşüncelerden muzdariptir veya kaygıyı azaltmak için belirli tekrarlayıcı eylemleri sergilemek zorunda hissederler. Bu bozukluklarda kaygı çok fazla öne çıktığı için bu bozukluklar da kaygı bozuklukları ile birlikte bu bölümde incelenecektir.

TABLO: 4-1

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Yaygın Kaygı Bozukluğu**

| |
|---|
| 1. Kişi 6 ay veya daha uzun bir süre aşırı, kontrol edilemeyen ve devam eden kaygı yaşar ve birden çok konu hakkında endişelenir. |
| 2. Belirtiler şunlardan en az üçünü içerir: sinirlilik, yorgunluk, zayıf konsantrasyon, çabuk öfkelenme, kas gerginliği, uyku problemleri. |
| 3. Ciddi sıkıntı veya bozulma. |

Bilgi kaynağı: APA,2013

## Yaygın Kaygı Bozukluğu

**Yaygın kaygı bozukluğu** olan kişiler çoğu durumda aşırı düzeyde ve sıkça kaygı yaşarlar ve hemen hemen her şey için endişelenirler. Aslında sorunları bazen *serbest kaygı* olarak da tanımlanır. Genç web tasarımcısı Tomas gibi bu kişiler de genellikle huzursuz, gergin veya sıkışmış hissederler, kolayca sıkılırlar, konsantre olmakta zorluk çekerler; kas gerginliğinden muzdariptirler, uyku sorunları yaşarlar (bk. **Tablo 4-1**). Belirtiler en az 6 ay sürer (APA, 2013) ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur.

Bununla birlikte bozukluğu olan birçok kişi, birtakım zorluklara rağmen sosyal ilişkilerini ve iş faaliyetlerini sürdürebilir.

Yaygın kaygı bozukluğu Batı toplumunda yaygın olarak görülmektedir. Yapılan taramalar, ABD nüfusunun yüzde 4 kadarının herhangi bir yıl içinde bu bozukluğun belirtilerine sahip olduğunu göstermektedir; bu oran Kanada, İngiltere ve diğer Batı ülkelerinde de benzer düzeydedir (NIMH, 2017; Watterson ve diğerleri, 2017; Kessler ve 2012, 2010). Toplamda tüm insanların yaklaşık yüzde 6'sı hayatlarının bir döneminde yaygın kaygı bozukluğu geliştirebilir. Bu sorun, her yaşta ortaya çıkabilir. (Bir sonraki sayfadaki ***Trendler*** bölümüne bakın.) Kadınlarda bu bozukluk erkeklere kıyasla 2 kat daha fazla görülür. Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların bu bozukluğu geliştirme olasılığı azınlık gruplarına göre daha fazladır (Budhwani, Hearld ve Chavez-Yenter, 2015). Yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin yaklaşık yüzde 43'ü bunun için tedavi görmektedir (NIMH, 2017; Wang ve diğerleri, 2005).

Bu bozukluk için çeşitli açıklamalar ve tedaviler de önerilmektedir. Gelin şimdi sosyokültürel, psikodinamik, insancıl, bilişsel-davranışçı ve biyolojik modellerin sunduğu görüş ve yaklaşımlara bakalım.



AP Photo/The Monterey County Herald, Orville Myers

**Toplumun rolü** Piskopos Richard Garcia, evinin dışında bir çetenin üyeleri tarafından atılan başıboş bir kurşunla öldürülen 6 yaşındaki bir çocuğun babasına sarılır. Tehlikeli ortamlarda yaşayan insanlar, diğer ortamlarda yaşayanlara göre daha fazla kaygı yaşarlar ve daha yüksek oranda yaygın kaygı bozukluğu geliştirirler.

## Sosyokültürel Yaklaşım: Toplumsal ve Çok Kültürlü Faktörler

Sosyokültürel kuramcılara göre yaygın kaygı bozukluğunun, sürekli şekilde tehlikelilik arz eden toplumsal koşullarla karşı karşıya kalan insanlarda gelişmesi daha olasıdır. Araştırmalar, aşırı tehdit edici ortamlardaki insanların bu bozuklukta bulunan genel gerginlik, kaygı ve yorgunluk duygularını ve uyku bozukluklarını geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Comer ve diğerleri, 2016). Örneğin suçun ve saldırganlığın yoğun olduğu mahallelerde yaşayan kişilerde ve özellikle geçmişte radyasyon içeren kazalar geçirmiş ve nükleer santrallerin yakınında yaşayan kişilerde daha yüksek oranlarda yaygın kaygı bozukluğu ve benzer sendromlar gözlenmiştir (Cerdá ve diğ., 2017; Rubens vd., 2018).

Toplumsal stresin en güçlü biçimlerinden biri de yoksulluktur. Maddi imkânı düşük olan insanlar, büyük olasılıkla yüksek suç oranlarına sahip mahallelerde yaşar, daha az eğitim ve iş fırsatına sahip olur ve sağlık sorunları için daha büyük bir risk taşırlar (Vittana, 2018; West, 2016). Sosyokültürel kuramcıların da tahmin edeceği gibi bu tür insanlar daha yüksek oranda yaygın kaygı bozukluğu yaşama olasılığına sahiptir (Delgadillo ve diğerleri, 2016). Kuzey Amerika genelinde bu oran, düşük gelirli insanlar arasında yüksek gelirli olanlara göre neredeyse iki kat daha yüksektir (Watterson ve diğerleri, 2017; Sareen ve diğerleri, 2011). Hatta gelir düzeyi düştükçe yaygın kaygı bozukluğu oranı giderek artmaktadır (bk. **Tablo 4-2**).

Irk ve etnik köken kavramları, yaygın kaygı bozukluğunun net resmini görmede etkili olabilir (NIMH, 2017). Örneğin araştırmacılar bu bozukluğun hem Amerika Birleşik Devletleri hem de Latin Amerika'daki Hispanik bireyler için genellikle *nervios* ("sinirsellik") veya *ataques de nervios* (sinir atakları) adı verilen bir örüntü şeklinde gözlemlenebileceğini vurgulamışlardır (Vazquez ve diğerleri, 2017). Sinirselliği olan kişiler yoğun miktarda duygusal sıkıntı, gerginlik ve zayıf konsantrasyon, başta gerginlik,

**TABLO: 4-2**

### Demografik Özelliklere Bakacak Olursak

**Kaygı Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun Prevalansı (Toplam Nüfustaki Oranların Karşılaştırması)**

| | Kadınlar | Düşük Gelirliler | Yaşlılar |
|---|---|---|---|
| **Yaygın kaygı bozukluğu** | Daha fazla | Daha fazla | Daha fazla |
| **Özgül fobiler** | Daha fazla | Daha fazla | Daha az |
| **Agorafobi** | Daha fazla | Daha fazla | Daha fazla |
| **Sosyal kaygı bozukluğu** | Daha fazla | Daha fazla | Daha az |
| **Panik bozukluk** | Daha fazla | Daha fazla | Daha az |
| **Obsesif kompulsif bozukluk** | Aynı | Daha fazla | Daha az |

Bilgi kaynağı: McCabe, 2018; Watterson vd., 2017; de Jonge ve diğerleri, 2016; Remes ve diğerleri, 2016; Polo ve diğerleri, 2011; Sareen ve diğerleri, 2011; Hopko ve diğerleri, 2008; Schultz ve diğerleri, 2008.

...TRENDLER

# Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Artık Sadece Çocuklarda Görülmüyor

*Ayrılık kaygısı bozukluğu* olan bireyler, evlerinden ya da hayatlarındaki önemli kişilerden ayrıldıklarında genellikle aşırı endişe ve panik hissederler. Jonah'ın semptomları 4 yaşındayken başladı:

*4 yaşındayken ebeveynleri onu yarım saatlik bir yolculuk sonrası hafta sonu ninesi ve dedesinin evine bırakmaya götürmek için arabaya koymaya çalıştığı anda ağlamaya başladı. "Ben, burada sizinle olmak istiyorum! Eğer beni gitmeye zorlarsanız sizi bir daha asla görmem! Ya bensiz olmayı daha çok severseniz? Ya ölürseniz?" diyerek tepki verdi. Jonah yolda, ninesi ve dedesinin evine kadar ağladı. Kapıda annesine sanki gitmesine asla izin vermeyecekmiş gibi sarıldı. Sonraki birkaç ay boyunca Jonah, ebeveynleri onu parka veya başka bir yere yolculuk için evden çıkarmaya her çalıştığında histerik tepkiler verir hale geldi.*

*Beş ay sonra Jonah anaokuluna başladı. İlk gün okulda sadece iki saat kalabildi. Müdür Jonah'ın annesini aradı ve gelip çocuğunu almasını istedi. Müdür anlayışlı gibi görünse de Jonah'ın durmadan ağlamasının diğer tüm çocukları etkilediğini söyledi. "Jonah muhtemelen yarın daha iyi bir gün geçirecektir." diye ekledi. Ancak ertesi gün Jonah'ın tepkisi aynıydı. Ve sonraki gün de... Ve sonraki gün de...*

Jonah gibi ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklar, ailelerinden uzaklaşırken büyük sorunlar yaşarlar ve genellikle arkadaşlarının evine gitmeyi, ayak işlerine gitmeyi ya da kamp veya okula gitmeyi reddederler. Birçoğu bir odada yalnız başına kalamaz ve evde ebeveynlerine yapışmış gibidir. Bazılarının ayrıca öfke nöbetleri, ağlamaları veya ebeveynlerinin onları terk etmesini önlemek için yalvarmaları da olur. Bu çocuklar, ebeveynlerinden ayrı kaldıklarında kaybolacaklarından veya ebeveynlerinin kaza geçireceğinden veya hastalanacağından korkabilirler. Ebeveynlerinin yanında olduğu sürece oldukça normal davranabilirler. Ancak ayrılmaya yönelik ilk işarette semptomların dramatik döngüsü harekete geçebilir.



Steve Stoner/Fort Morgan Times/AP Photo

**Ah, o ilk gün!** Anaokulunun ilk günü bu çocuk ve muhtemelen annesi için zor geçiyor. Okula başlamaya bu tür tepkiler vermek yaygındır. Ancak bazı kişiler için bağlanma figürlerinden tekrar tekrar ayrılmak, yaşamlarını bozabilecek şiddetli ve engelleyici kaygı tepkilerine neden olur.

Yıllar boyunca klinisyenler, ayrılık kaygısı bozukluğunun sadece çocuklar veya ergenlerde görüldüğüne inanıyordu. Ancak 2013 yılında DSM-5, bozukluğun yetişkinlikte de ortaya çıkabileceğini belirledi; özellikle yetişkinler bir eşin veya çocuğun ölümü, bir ilişkinin bitmesi, askerlik hizmetinden kaynaklanan ayrılık veya benzeri travmalar yaşadıktan sonra (Gesi ve diğerleri, 2017; APA, 2013). Bu bireyler, kendileri için önemli olan kişinin -eşinin, hayatta kalan çocuğunun ya da hayatındaki başka bir önemli kişinin- sağlık, güvenlik veya iyi olması konusunda endişe yaşayabilir. Sürekli ve aşırı bir şekilde diğer insanlar ile birlikte olmaya çalışabilir, onların nerede olduğunu kontrol edebilir, diğer kişiyi korumaya çalışabilir ve diğer kişinin faaliyetlerini ve seyahatlerini kısıtlayabilir. Aşırı düzeydeki kaygıları ve ısrarcı talepleri ciddi sıkıntıya yol açabilir veya sosyal ve mesleki yaşamlarına büyük ölçüde zarar verebilir (Gesi vd., 2017).

Bu yeni bakış açısı ile DSM-5, artık ayrılık kaygısı bozukluğunu yalnızca bir çocukluk bozukluğundan ziyade kaygı bozukluğunun bir türü olarak sınıflandırmaktadır (APA, 2013). Tanı vermek için zaman kriteri çocuklarda 4 hafta iken yetişkinlerde bu tür semptomların en az 6 ay sürmesi gerekir. DSM-5 kriterlerini uygulayan araştırmalar, tüm çocukların yüzde 4'üne ek olarak tüm yetişkinlerin yüzde 2'sinin bu bozukluğa sahip olduğunu bulmuştur (Schneier ve diğerleri, 2017; Baldwin ve diğerleri, 2016).

Bu yeni sınıflandırma bir yandan da tartışmalıdır (Gesi ve diğerleri, 2017). Çoğu klinisyen, bazı yetişkinlerin yukarıda açıklanan kayıpla tetiklenen belirtileri gerçekten sergiledikleri konusunda hemfikir olsa da birçoğu bunun yetişkin versiyonunun, Jonah ve diğer çocuklar tarafından sergilenenden niteliksel olarak farklı olabileceğine inanmaktadır. Bu eleştirmenler, şu anda ayrılık kaygısı bozukluğu teşhisi konan yetişkinlerin aslında travma sonrası stres bozukluğu (bk. Bölüm 5) veya uzamış bir yas durumu (bk. Bölüm 6) gibi başka bir bozukluktan muzdarip olabileceğine inanmaktadır. Araştırmacılar şu anda bu tartışmayı çözmeye çalışıyorlar ancak yine de bu tanı için "sadece çocuklarda geçerli" düşüncesi artık kullanılmamaktadır.

sinirlilik ve ağlama gibi psikolojik tepkiler ile baş ağrısı, karın ağrısı, titreme ve göğüsten başa doğru artan ısı gibi fiziksel belirtiler rapor etmektedir.

Her ne kadar yoksulluk ve çeşitli toplumsal baskılar, yaygın kaygı bozukluğunun gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bir ortam yaratılmasına yardımcı olsa da sosyokültürel değişkenler bozukluğun gelişiminde etkili olan tek faktör değildir.

Sonuçta, fakir veya tehlikeli ortamlardaki çoğu insan bu bozukluğu geliştirmemektedir. Sosyokültürel faktörler büyük bir rol oynasa bile kuramcılar, neden bazı insanların

bozukluğu geliştirdiğini ve diğerlerinin geliştirmediğini açıklamalıdır. Psikodinamik, insancıl-varoluşsal, bilişsel-davranışçı ve biyolojik düşünce okullarının hepsi bunun nedenini açıklamaya çalışmış ve bunlara karşılık gelen tedaviler sunmuştur.

## Psikodinamik Yaklaşım

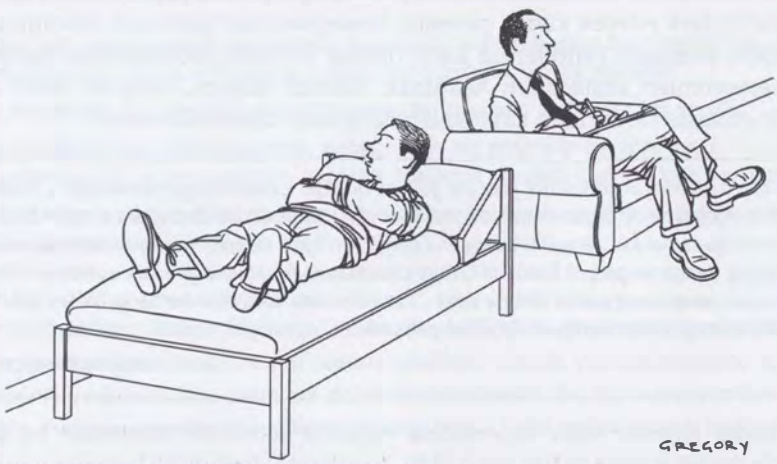
Sigmund Freud (1933, 1917), tüm çocukların büyümenin bir parçası olarak bir dereceye kadar kaygı yaşadıklarına ve hepsinin bu kaygıyı kontrol etmek için ego savunma mekanizmalarını kullandığına inanıyordu (bk. sayfa 43-45). Ancak bazı çocukların bilhassa yüksek düzeyde kaygıları vardı veya savunma mekanizmaları özellikle yetersizdi ve bu kişiler yaygın kaygı bozukluğu geliştirebiliyorlardı.

**Psikodinamik Açıklamalar: Çocukluk Kaygısı Çözülmediğinde** Freud'a göre erken gelişimsel deneyimler bazı çocuklarda alışılmadık biçimde yüksek düzeyde kaygıya yol açabilir. Diyelim ki bir çocuk bebekken süt için ağladığı, 2 yaşında pantolonuna kaçırdığı ve çocukken cinsel organı ile oynadığı her seferinde tokat yiyor. Sonunda bu çocuk, birtakım id dürtülerinin çok tehlikeli olduğuna inanmaya başlayabilir ve bu dürtüler aklına geldiğinde yaygın kaygı bozukluğuna zemin hazırlayan karşı konulmaz bir kaygı hissedebilir.

Alternatif olarak bir çocuğun ego savunma mekanizmaları normal kaygı seviyeleriyle bile baş edemeyecek kadar zayıf da olabilir. Ebeveynleri tarafından tüm hayal kırıklıklarından ve tehditlerden korunan aşırı korunmuş çocuklar, etkili savunma mekanizmaları geliştirmek için çok az fırsata sahip olur. Bu kişiler yetişkin yaşamının baskılarıyla karşı karşıya kaldıklarında savunma mekanizmaları, ortaya çıkan kaygılarla başa çıkamayacak kadar zayıf olabilir.

Günümüzün psikodinamik kuramcıları, Freud'un yaygın kaygı bozukluğuna ilişkin açıklamasının belirli yönlerine çoğu zaman katılmamaktadır. Ancak pek çoğu bozukluğun, çocuklar ve ebeveynleri arasındaki erken ilişkilerdeki yetersizliklerden kaynaklanabileceğine inanmaya devam etmektedir (Sharf, 2015). Araştırmacılar, psikodinamik açıklamaları çeşitli şekillerde test etmiştir. Bir stratejide yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin özellikle savunma mekanizmalarını kullanma olasılığının olduğunu göstermeye çalışmışlardır. Örneğin klasik bir araştırma, bu bozukluğa sahip hastaların tedavi başlangıcındaki seans kayıtlarını incelemiş ve hastaların genellikle savunmacı tepkiler verdiğini görmüştür. Terapistler tarafından üzücü deneyimleri hakkında konuşmaları istendiğinde hastalar biraz önce konuştukları şeyi çabucak unuturlar (*bastırırlar*), konuşmanın yönünü değiştirirler veya olumsuz duyguları olduğunu reddederler (Luborsky, 1973).

Başka bir araştırmada araştırmacılar, çocukken id dürtüleri nedeniyle aşırı cezaya maruz kalan insanları incelemiştir. Psikodinamik kuramcıların tahmin edeceği gibi bu insanlar daha sonraki yaşamlarında daha yüksek kaygı seviyeleri rapor etmişlerdir (Parisette-Sparks ve Kreitler, 2017; Wang, Wang ve Liu, 2016). Ek olarak birçok çalışma, ebeveynlerin aşırı korumacılığının çocuklarda sıklıkla yüksek düzeyde kaygıya yol açabileceği şeklindeki psikodinamik görüşü destekler niteliktedir (Howard ve diğerleri, 2016; Manfredi ve diğerleri, 2011).




Alex Gregory/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Annem nadiren evde olduğu için sanırım, dadımı suçluyorum."*

### #GüvensizYetişkinler?

Çocuklar kendilerini daha güvende hissetmek için battaniyelere veya sevimli oyuncaklara yapışabilirler. Yetişkinler de rahatlamak için sevdikleri bir nesneye sarılabilirler: Her 5 kadından 1'i ve her 20 erkekten 1'i düzenli olarak bir peluş oyuncakla yattığını kabul eder (Kanner, 1995).

**#KorkuFilmleriSerisi**

1. Yaratık (7 film)
2. Testere (7 film)
3. Jaws (4 film)
4. Paranormal Aktivite (6 film)
5. 13'üncü Cuma (12 film)
6. Elm Sokağında Kâbus (9 film)
7. Çığlık (4 film)
8. Korku Seansı (3 film)
9. Cadılar Bayramı (10 film)
10. Şeytan (5 film)

(Bilgi kaynağı: Thompson, 2016)

Bu çalışmalar psikodinamik açıklamalarla tutarlı olsa da bazı bilim adamları göstermeyi iddia ettiklerini gösterip göstermediklerini sorgulamaktadır. Örneğin insanlar terapinin başlarında üzücü olaylar hakkında konuşmakta güçlük çektiklerinde bu olayları tam olarak bastırmış olmuyorlar. Kasıtlı olarak yaşamlarının olumlu yönlerine odaklanıyor olabilirler veya terapiste güven duyana kadar yaşadıkları olumsuz olayları terapistle paylaşmaktan çekiniyor olabilirler.

**Psikodinamik Terapiler** Psikodinamik terapistler, tüm psikolojik sorunları tedavi etmek için aynı genel teknikleri kullanır: *serbest çağrışım ve terapistin aktarım, direnç ve rüyalar hakkındaki yorumları. Freudcu psikodinamik terapistler,* bu yöntemleri yaygın kaygı bozukluğu olan danışanların id dürtülerinden daha az korkmalarına ve onları kontrol etmede daha başarılı olmalarına yardımcı olmak için kullanırlar. Diğer psikodinamik terapistler, özellikle de *nesne ilişkileri terapistleri* bu teknikleri, kaygılı hastaların yetişkinlikte de kaygı üretmeye devam eden çocukluk ilişkileri ile ilgili sorunlarını tanımlamalarına ve çözümlemelerine yardımcı olmak için kullanır (Mullin ve diğerleri, 2017).

Kontrol gruplu çalışmalar, psikodinamik tedavilerin yaygın kaygı bozukluğu olan kişilere yalnızca orta düzeyde yardımcı olduğunu bulmuştur (Craske, 2018). Bu durumun bir istisnası, bazı durumlarda yaygın kaygı bozukluğu olan hastaların kaygı, endişe ve sosyal anlamda yaşadıkları zorluk seviyelerini önemli ölçüde azaltan *kısa süreli psikodinamik terapidir* (bk. Bölüm 2) (Glasofer, 2017).

## İnsancıl Yaklaşım

İnsancıl kuramcılar, diğer psikolojik bozukluklar gibi yaygın kaygı bozukluğunun, insanlar kendilerine dürüst ve kabullenerek bakmayı bıraktıklarında ortaya çıktığını öne sürmektedir. Gerçek düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını tekrar tekrar inkâr etmek, bu insanları aşırı derecede kaygılı ve insan olarak potansiyellerini gerçekleştiremez hâle getirmektedir.

İnsanların bu rahatsızlığı neden geliştirdiğine dair insancıl görüş, en iyi Carl Rogers'ın açıklamalarıyla anlatılabilir. Bölüm 2'de gördüğünüz gibi Rogers, başkalarından *koşulsuz olumlu kabul* görmeyen çocukların kendilerini aşırı derecede eleştirebileceklerine ve kişinin kendine birtakım katı standartlar geliştirebileceklerine inanıyordu, buna da *değerli olmanın koşulları* adını veriyordu. Bu kişiler gerçek düşüncelerini ve deneyimlerini tekrar tekrar çarpıtarak ve inkâr ederek bu standartları karşılamaya çalışırlar. Bununla birlikte bu tür çabalara rağmen kendi kendini yargılamalarına yönelik bir tehditte bulunma, onların yoğun bir şekilde kaygılanmalarına sebep olur. Bu kaygı saldırısı, yaygın kaygı bozukluğuna veya başka bir psikolojik işlev bozukluğuna zemin hazırlar.

Rogers'ın izleyen uygulamacıların temel tedavi yaklaşımı olan **danışan merkezli terapide** (*Kişi merkezli terapi* olarak da adlandırılır.) danışanlara koşulsuz olumlu kabul göstermeye ve onlarla empati kurmaya çalışılır. Terapistler samimi bir kabul ve önemseme atmosferinin, danışanların gerçek ihtiyaçlarını, düşüncelerini ve duygularını fark edecek kadar güvende hissetmelerine yardımcı olacağını umarlar. Danışanlar sonunda kendilerine karşı dürüst ve rahat olduklarında kaygıları veya diğer semptomları azalacaktır. Aşağıdaki alıntıda Rogers, kaygı ve ilişkili belirtileri olan bir danışan tarafından kaydedilen ilerlemeyi açıklamaktadır:

> *Terapi, danışanın kendisini her yönüyle güvenli bir ilişki içinde deneyimlemesiydi... Benliğini tüm parçaları ile bir bütün olarak deneyimlemekti... Başkalarına da değer veren bir benlik. Sonrasında bu zamanla... terapistin danışana değer verdiğini, terapistin gerçek manada onu önemsediğini, danışanın gerçek kimliğini ortaya çıkarmasına fırsat verdiğini fark etmesine dönüştü... Danışan yavaş yavaş şunun farkına vardı... Özünde onda kötü olan herhangi bir şey yoktu, aksine özünde her şey olumluydu ve ilgiyi hak ediyordu.*
>
> *(Rogers, 1954, ss. 261-264)*

Bu kadar iyimser vaka raporlarına rağmen kontrollü çalışmalar bu yaklaşıma güçlü bir destek sunmada başarısız oldu. Araştırmalar endişeli hastalar için genellikle


Walt Disney Studios Motion Pictures/Photofest

**Animasyonlaştırılmış kaygı** Inside Out (Ters Yüz) adlı animasyon filminde genç bir kızın beş temel duygusu (Korku, sevinç, üzüntü, iğrenme ve öfke) canlanır ve her davranışına rehberlik eder. Birkaç klinisyen, Korku (solda) adlı duygusal figürün yaygın anksiyete bozukluğunun temel belirtilerini kişileştirdiğini belirtmektedir. Bu bozukluğu olan insanlar gibi filmdeki korku figürü de her zaman potansiyel felaketleri düşünür ve olası tehlikeleri değerlendirir -sürekli endişe ve gerginliğe yol açan bir zihniyet.

danışan merkezli terapinin hiçbir tedavi uygulanmamasından daha yararlı olduğunu öne sürse de bu yaklaşım plasebo tedavisine kıyasla tutarlı sonuçlar sunmamaktadır (Prochaska ve Norcross, 2018). Özetle araştırmacılar, Rogers'ın yaygın kaygı bozukluğu ve diğer anormal davranış biçimlerine ilişkin açıklaması için en fazla sınırlı bir destek göstermektedir denebilir. Maalesef daha sonraki diğer hümanist kuramcılar ve müdahaleler fazla bilimsel destek alamadı.

## Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bölüm 2'de okuduğunuz gibi bilişsel-davranışçı modelin takipçileri, psikolojik rahatsızlıkların genellikle bazı sorunlu davranışlardan ve işlevsiz düşünme biçimlerinden kaynaklandığını öne sürer. Bu nedenle açıklamaları ile tedavileri; bu tür davranış ve düşüncelerin doğasına, nasıl edinildiklerine ve duyguları nasıl etkilediklerine odaklanır. Bilişsel-davranışçı açıklamalar ve tedaviler çoğunlukla belirli bir bozukluğun *hem* davranışsal *hem de* bilişsel boyutlarına odaklanmakla birlikte bazen bu boyutlardan sadece birine odaklanır. Örneğin bu modelin birçok savunucusu yaygın kaygı bozukluğunda büyük ölçüde bozukluğun bilişsel boyutu üzerinde yoğunlaşmaktadır.

**Uyumsuz Varsayımlar** Başlangıçta bilişsel-davranışçı kuramcılar, yaygın kaygı bozukluğunun temelde hâlâ etkili olmaya devam eden bir kavram olan uyumsuz varsayımlardan kaynaklandığını öne sürdüler. Örneğin Albert Ellis birçok insanın, uygunsuz şekillerde davranmaya ve tepki vermesine yol açan akılcı olmayan inançlar tarafından yönlendirildiğini öne sürmüştür (Ellis ve Ellis, 2019; Ellis, 2016, 1962). Ellis bu temel akılcı olmayan varsayımları belirlemiş ve yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin genellikle aşağıdakilere sahip olduğunu iddia etmiştir:

> "Yetişkin bir insanın içinde bulunduğu toplulukta hemen hemen her önemli kişi tarafından sevilmesi veya onaylanması mutlak bir gereklilik olarak görülür."
>
> "İşler, beklendiği ve istendiği gibi gitmiyorsa bu korkunç ve felaket bir şeydir."
>
> "Bir şey tehlikeli veya korkutucuysa ve bu yönde bir potansiyeli varsa insan bu konuda çok endişelenmeli ve bu durumun gerçeğe dönüşme olasılığı üzerine kafa yormalıdır."
>
> "Kişi tamamen yetkin, yeterli ve mümkün olan her açıdan başarılı ise ancak o zaman kendini değerli bulabilir."
>
> (Ellis, 1962)

Bu varsayımlara sahip kişilerin sınav veya ilk buluşma gibi stresli bir olayla karşı karşıya kaldıklarında bu durumları tehlikeli olarak yorumlamaları, aşırı tepki göstermeleri ve korku hissetmeleri daha muhtemeldir. Bu tür varsayımları giderek daha fazla duruma uyguladıkça yaygın kaygı bozukluğu geliştirmeye başlayabilirler.

**danışan merkezli terapi** Klinisyenlerin kabullenici olarak, doğru bir şekilde empati kurarak ve samimiyeti aktararak danışanlarına yardım etmeye çalıştıkları Carl Rogers tarafından geliştirilen insancıl terapidir. Kişi merkezli terapi olarak da bilinir.

**temel akılcı olmayan varsayımlar:** Albert Ellis'e göre çeşitli psikolojik sorunları olan kişilerin sahip olduğu yanlış ve uygunsuz inançlar.




ŞEKİL 4-1

## Endişeleriniz Ne Kadar Sürer?

Bir ankette, üniversite öğrencilerinin yüzde 62'si bir şey için endişelediklerinde endişelerinin bir seferde 10 dakikadan az sürdüğünü söylemiştir. Buna karşılık yüzde 20'si bir saatten fazla endişelenmektedir (Bilgi kaynağı: Tallis, 2015, 2014; Tallis ve diğerleri, 1994).

**akılcı-duygusal terapi** Albert Ellis tarafından geliştirilen ve danışanların psikolojik bozukluklarına neden olan uyumsuz varsayımları ve düşünceleri belirlemesine ve değiştirmesine yardımcı olan bilişsel bir terapi.

Benzer şekilde kuramcı Aaron Beck, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin sürekli olarak yakın zamanda gerçekleşecek bir tehlikede oldukları anlamına gelen ve arkaplanda işleyen varsayımlara sahip olduklarını (örneğin "Bir durum veya bir kişi güvende olduğu tam olarak kanıtlanana kadar güvende sayılmaz." veya "En kötüsüne hazırlıklı olmak, her zaman en iyisidir.") savunmuştur (Clark, 2018; Clark ve Beck, 2012, 2010). Ellis ve Beck'in ilk önerilerini ortaya attıkları zamandan bu yana araştırmacılar yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin, özellikle tehlikede olma konusunda uyumsuz varsayımlara sahip olduklarını ve buna karşılık potansiyel olarak tehdit edici uyaranlara karşı aşırı dikkatli olduklarını pek çok kez göstermişlerdir (Craske, 2018; Goodwin, Yiend ve Hirsch, 2017).

**Daha Yeni Bilişsel-Davranışçı Açıklamalar** Son yıllarda yaygın kaygı bozukluğu için birçok yeni bilişsel-davranışçı açıklama ortaya çıkmıştır. Bunların her biri Ellis ve Beck'in çalışmalarına ve tehlikeye verdikleri öneme dayanmaktadır.

Araştırmacı Adrian Wells tarafından geliştirilen *üstbilişsel kuram*, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin örtük olarak endişelenme ile ilgili hem olumlu hem de olumsuz inançlara sahip olduklarını öne sürmektedir (Capobianco, Morrison ve Wells, 2018; Wells, 2014, 2011, 2005). Endişenin olumlu bir yönü olarak endişelenmenin yaşamdaki tehditleri değerlendirmenin, bunlara hazırlıklı olmanın ve sonrasında etkili şekilde başa çıkmanın yararlı bir yolu olduğuna inanmaktadırlar. Böylece bu kişiler olası tüm tehlike belirtilerini ararlar ve incelerler -yani sürekli endişelenirler (bk. **Şekil 4-1**).

**Neden birçok insan sorunların çözülmesi için endişelenmenin yararlı hatta gerekli olduğuna en azından dolaylı olarak inanır?**

Wells aynı zamanda, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin endişelenme ile ilgili olumsuz inançlara da sahip olduklarını ve bu olumsuz tutumların bu bozukluğun kapısını açtığını ileri sürmektedir. Toplum onlara endişelenmenin kötü bir şey olduğunu öğrettiği için bu kişiler, tekrar eden endişelerinin aslında zararlı (zihinsel ve fiziksel olarak) ve kontrol edilemez olduğuna inanmaya başlarlar. Sonrasında, her zaman endişeli göründükleri konusunda daha da çok endişelenirler (üst *endişeler, endişe etmenin anlamına yönelik genel düşünceler*). Üst endişeleri, endişeden "delirdikleri", kendilerini endişe ile hasta ettikleri veya endişe yüzünden yaşamı ıskaladıkları türünde düşünceleri içerebilir. Tüm bu endişelerin net sonucu, yaygın kaygı bozukluğudur.

Bu açıklama hatırı sayılır bir araştırma desteği almıştır. Çalışmalar örneğin genellikle endişelenme konusunda hem olumlu hem de olumsuz inançlara sahip kişilerin özellikle yaygın kaygı bozukluğu geliştirmeye yatkın olduğunu ve tekrarlanan üst endişenin, bozukluğu geliştirmenin güçlü bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Baldwin, 2018; Wells, 2014, 2011, 2005).

Yaygın kaygı bozukluğu için daha yeni bir açıklama olan *belirsizliğe tahammülsüzlük kuramına* göre bazı kişiler, meydana gelme olasılığı çok küçük olsa bile olumsuz olayların gerçekleşme olasılığına tahammül edemezler. Hayatın belirsiz olaylarla dolu olduğuna dayanarak bu bireyler bu tür olayların her zaman gerçekleşmek üzere olabileceğinden sürekli endişelenirler. Bu tahammülsüzlük ve endişe bu kişileri, yaygın kaygı bozukluğunun gelişimine karşı oldukça savunmasız bırakmaktadır (Koerner, Meija ve Kusec, 2017; Dugas ve diğerleri, 2012, 2010, 2004). İlgi duyduğunuz biriyle tanıştığınız zamanı ve bu kişiyle ilk mesajlaşmadan veya aramadan önce nasıl hissettiğinizi veya bu kişinin sizinle ilk kez iletişime geçmesini beklerken nasıl hissettiğinizi düşünün. Bu tür durumlarda duyduğunuz endişe -kabul edilemez bir olumsuz sonuç olasılığına ilişkin dayanılmaz bir belirsizlik hissidir (yani ne olabileceğine yönelik farklı ama genelde negatif ihtimaller)- bu kurama göre aslında yaygın kaygı bozukluğu olan insanların her zaman hissettiği şeydir.

Bu kuramın savunucuları, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin yaşamlarındaki çeşitli durumlar için "doğru" çözümler bulma ve kesinlik kazandırma çabalarından dolayı endişelenmeye devam ettiklerine inanmaktadır. Ancak herhangi bir çözümün doğru olduğundan asla emin olamayacakları için her zaman dayanılmaz bir belirsizlikle uğraşmak zorunda kalırlar, yeni endişe döngüleri ve doğru çözümler bulmak için yeni adımlar atarlar. Endişenin üstbilişsel kuramında olduğu gibi hatırı sayılır ölçüde bilimsel araştırma bu kuramı desteklemektedir. Çalışmalar, örneğin yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin, normal kaygı derecelerine sahip insanlara kıyasla daha yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlük sergilediğini bulmuştur (Koerner

ve diğerleri, 2017; Dugas ve diğerleri, 2012, 2004). Araştırmalar ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlüğün erken çocukluk döneminde geliştiğini hatta ebeveynlerden çocuklara aktarılabildiğini göstermektedir (Osmanağacı vd., 2018; Sanchez vd., 2017, 2016).

Son olarak araştırmacı Thomas Borkovec tarafından geliştirilen yaygın kaygı bozukluğu için nispeten yeni bir üçüncü açıklama olan *kaçınma kuramı*, bu bozukluğa sahip kişilerin diğer insanlardan daha fazla bedensel uyarılmaya (daha hızlı kalp atışı, terleme, solunum) sahip olduğunu ve endişenin aslında kişileri rahatsız edici fiziksel duyumlardan uzaklaştırarak bu uyarılmaları *azaltmaya* hizmet ettiğini öne sürmektedir (Baldwin, 2018; Borkovec, Alcaine ve Behar, 2004). Kısacası kaçınma kuramı, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin bedensel uyarılmanın rahatsız edici hissini azaltmak veya bunlardan kaçınmak için tekrar tekrar endişelendiğini iddia etmektedir. Örneğin bu kişiler, kendilerini rahatsız bir iş ortamında veya sosyal ilişkide bulduklarında yoğun bir olumsuz uyarılma durumu yaşamak yerine dolaylı olarak işini kaybetme veya bir arkadaşını kaybetme konusunda endişelenmeyi seçerler.

Borkovec'in açıklaması da çok sayıda çalışma ile desteklenmiştir. Araştırmalar, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin özellikle hızlı ve yoğun bedensel tepkiler yaşadıklarını, bu tür tepkileri bunaltıcı bulduklarını, uyarıldıklarında diğer insanlardan daha fazla endişelendiklerini ve endişelendiklerinde bu fiziksel uyarılmalarını başarılı bir şekilde azalttıklarını ortaya koymaktadır (Owens ve diğerleri, 2017; Hirsch ve diğerleri, 2012).



Productions/REX/Shutterstock

**Korku veren zevkler** Pek çok insan, popüler film serisi Paranormal Activite'de gerilimin artışını güvenli bir şekilde izlerken olduğu gibi kontrollü koşullar altında ortaya çıktığı sürece korku hissinin tadını çıkarır. Bu altı film, şimdiye kadar yapılmış en kârlı filmler arasındadır. İlk filmden bu sahnede başkarakter Katie, evinde doğaüstü bir varlıktan kaçmaya çalışıyor.

**Bilişsel Davranışçı Terapiler** Yaygın kaygı bozukluğu vakalarında iki tür bilişsel-davranışçı yaklaşım kullanılmaktadır. İlkinde Ellis ve Beck'in öncü çalışmasına dayanan terapistler, danışanların hastalıkları ile karakterize olan uyumsuz varsayımları bulmalarına ve değiştirmelerine yardımcı olur (Meichenbaum, 2017). Diğerinde ise "yeni dalga" bilişsel davranışçı terapistler (bk. sayfa 53), danışanların hastalıklarında endişelenmenin oynayabileceği önemli rolü anlamalarına, endişelenme konusundaki görüşlerini değiştirmelerine ve bu tür sinir bozucu endişelere yönelik davranışsal tepkilerini değiştirmelerine destek vermektedir.

**UYUMSUZ VARSAYIMLARI DEĞİŞTİRME** Ellis'in **akılcı duygusal terapi** tekniğini kullanan terapistler, danışanların sahip olduğu akılcı olmayan varsayımlar üzerinde durur, daha uygun varsayımlar önerir ve danışanlara eski varsayımlara meydan okuma ve yeni varsayımları uygulama konusunda pratik yapma ödevleri verir (Ellis ve Ellis, 2019; Ellis, 2016). Çalışmalar, bu ve benzeri yaklaşımların yaygın kaygıdan muzdarip olanlara en azından hafif düzeyde bir rahatlama getirdiğini göstermektedir (Clark, 2018; Kishita ve Laidlaw, 2017). Ellis'in yaklaşımı aşağıdaki konuşmada örnek gösterilmiştir. Konuşma Ellis ve çalıştığı şirket için geliştirdiği bir test prosedürüne ilişkin başarısız olmaktan ve onaylanmamaktan korkan endişeli bir danışanı arasında geçmektedir:

Danışan: *Bu günlerde o kadar endişeliyim ki hiçbir şeye tek seferde bir veya iki dakikadan fazla konsantre olamıyorum. Aklım, tasarladığım lanet olası test prosedürüne ve bunun için çok para harcadıklarına, prosedürün doğru bir şekilde çalışıp çalışmayacağına ve tüm bu zamanın ve paranın boşa harcanmış olup olmadığına takılıyor...*

Ellis: *Öncelikle endişelenmeye başlamak için kendi kendinize bir şeyler söylediğinizi kabul etmelisiniz ve kendinize bir takım saçmalıklarla tekrar tekrar telkinde bulunduğunuzu görmelisiniz, gerçekten... Buradaki yanlış varsayım şu: "Test prosedürüm işe yaramadığında işimde çok da başarılı olamam; bu durumda patronum ve iş arkadaşlarım beni beğenmez veya beni onaylamaz, o zaman da ben değersiz biri olurum..."*

Danışan: *Ama eğer ben de şirketin benden istediği şeyi yapmak istersem ve bunu yapamazsam aslında kendim için de işe yaramaz biri sayılmaz mıyım?*

*(devamı sonraki sayfada)*

## #GecikmişTanılama

Yaygın kaygı bozukluğu tedavisi gören hastaların yüzde 45'inin, doğru teşhis konulmadan önce 2 yıl veya daha uzun süredir belirtilerden muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015).

**aile soyağacı çalışması** Araştırmacıların, bozukluğu olan bir kişinin kaç akrabasının ve hangi akrabalarının aynı bozukluğa sahip olduğunu belirlediği bir araştırma deseni.

**benzodiazepinler** Valium ve Xanax'ı içeren antianksiyete ilaçlarının en yaygın grubu.

**gama-aminobütirik asit (GABA)** Beynin korku devresindeki düşük aktivitesi kaygı ile bağlantılı olan bir nörotransmiter.

**beyin devreleri** Birbirini harekete geçiren ve birbirini tetikleyen beyin yapılarının ağları.

**sakinleştirici-hipnotik ilaçlar** İnsanları daha düşük dozlarda sakinleştiren ve daha yüksek dozlarda uykuya dalmalarına yardımcı olan ilaçlar.

Ellis: *Hayır, öyle olduğunu düşünmediğiniz sürece olmazsınız. Başarılı bir test prosedürü tasarlamak istiyorsanız ve bunu gerçekleştiremezseniz bunun için hayal kırıklığı yaşayabilirsiniz, bu doğal. Ama hayal kırıklığı yaşadığınız için tam anlamıyla ve değişmez şekilde kendini mutsuz hissetmeniz şart mı? Ve hayatta yapmak istediğiniz şeylerden birini yapamadığınız için kendinizi tamamen değersiz görmeniz ne kadar makul?*

*(Ellis, 1962, s. 160-165)*

**ENDİŞEYİ YIKMA** Alternatif olarak günümüzün yeni dalga bilişsel davranışçı terapistlerinden bazıları, yaygın kaygı bozukluğu olan danışanlarına özellikle endişelerini işlevsiz bir şekilde kullandıklarının farkına varmaları ve bu durumu değiştirmeleri için yol göstermektedir (Craske ve Bystritsky, 2017; Topper ve diğerleri, 2017). Bu yaklaşımlarda danışanlarını, bu bozukluğun gelişiminde endişelenmenin rolü hakkında eğiterek başlarlar ve çeşitli yaşam durumlarında bedensel uyarılmalarını ve bilişsel tepkilerini gözlemlemelerini sağlarlar. Buna karşılık danışanlar da endişelerinin tetikleyicilerini, endişelenme konusundaki yanlı değerlendirmelerini ve endişelenerek hayatlarını kontrol etmek için sergiledikleri etkisiz davranışlarını fark etmeye başlarlar. Danışanların iç görüleri arttıkça dünyayı daha az tehdit edici (ve dolayısıyla daha az uyarıcı) olarak görmeleri, uyarılma ile baş etmenin daha yapıcı yollarını denemeleri ve bu kadar çok endişelendikleri için daha az endişe etmeleri beklenir. Araştırmalar, endişelenmeye odaklanmanın gerçekten de yaygın kaygı bozukluğu için geleneksel bilişsel davranışçı tedaviye yardımcı bir katkısının olduğunu göstermektedir.

Yaygın kaygı bozukluğu olan bireylerin endişeye olan yatkınlıklarını fark etmelerini sağlayarak tedavi edilmesi, son yıllarda popülerlik kazanan başka bir bilişsel-davranışçı yaklaşıma benzer. Bölüm 3'te okuduğunuz yaklaşım, *farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi*, psikolog Steven Hayes ve meslektaşları tarafından *kabul ve kararlılık terapisi* adı verilen daha geniş tedavi yaklaşımlarının bir parçası olarak ana akım haline gelmiştir (Hayes, 2016). Burada terapistler, danışanların, endişeleri de dâhil olmak üzere kendi düşünce akışlarının farkına varmalarına ve bu tür düşünceler ortaya çıktığında düşünceleri sadece zihnin olayları olarak *kabul etmelerine* yardımcı olur. Kaygılarını ortadan kaldırmaya çalışmak yerine kabul ederek danışanların kaygıları nedeniyle daha az üzülmeleri ve kaygılarının davranışları ve yaşam kararları üzerinde daha az etkili olması beklenir. Yaygın kaygı bozukluğu olan birçok danışan bu ve ilişkili tedavi biçimlerini aldıklarında gerçekten de bu şekilde olur (Hoge ve diğerleri, 2018; Kishita ve Laidlaw, 2017).

Farkındalık temelli terapi depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu gibi bir dizi başka psikolojik soruna da uygulanmış ve genellikle umut verici sonuçlar elde edilmiştir (Segal, 2017; Hayes, 2016). Bölüm 2'de gördüğümüz gibi bu bilişsel-davranışçı yaklaşım, insanlara meditasyon sırasında zihinlerinden akan düşünce ve duygulara dikkat etmelerini ve bu tür düşünceleri yargılayıcı olmayan bir şekilde kabul etmeyi öğreten farkındalık meditasyonu denen bir meditasyon biçiminden büyük ölçüde alıntı yapmaktadır.

## Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik kuramcılar, yaygın kaygı bozukluğunun başlıca biyolojik faktörlerden kaynaklandığına inanırlar. Bu iddia yıllarca ilk olarak araştırmacıların herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olan kişinin kaç akrabasında ve hangi akrabalarında aynı sorunun olduğunu belirlediği **aile soyağacı çalışmaları** ile desteklenmektedir. Eğer yaygın kaygı bozukluğuna yönelik biyolojik faktörler ve kalıtım etkili ise biyolojik olarak akraba olan kişilerin de bu bozukluğu geliştirme olasılıkları benzer olmalıdır. Aslında araştırmalar, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin biyolojik akrabalarının akraba olmayanlara göre bu bozukluğa sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Havea ve diğerleri, 2017; Schienle ve diğerleri, 2011). Bu bozukluğa sahip kişilerin akrabalarının yaklaşık yüzde 15'inde bozukluk kendini göstermektedir -bu, genel popülasyonda bulunandan çok daha yüksek bir yaygınlık oranıdır. Ve akrabalık ne kadar yakınsa (örneğin tek yumurta ikizi), hastalığa yakalanma olasılığı da o kadar yüksektir.

### #GoogledaEnÇok ArananBelirtiler

1. Enfeksiyon belirtileri
2. Kızamık belirtileri
3. Gastrit belirtileri
4. Anksiyete belirtileri

(Drain, 2016)

**Biyolojik Açıklamalar** Son yıllarda araştırmacılar tarafından yapılan önemli buluşlar, yaygın kaygı bozukluğunun biyolojik faktörlerle ilişkili olduğuna dair daha net kanıtlar sunmaktadır (Shinba, 2017). Bu tür buluşlardan ilki 1950'lerde, araştırmacıların *alprazolam* (Xanax), *lorazepam* (Ativan) ve *diazepam* (Valium) içeren ilaç grubu **benzodiazepinlerin** kaygıdan kurtulmaya olanak sağladığını fark etmeleridir. İlk başta, benzodiazepinlerin neden kaygıyı azalttığını kimse anlamamıştır. Ancak araştırmacılar daha sonraları benzodiazepinlerin beyinde bağlandıkları nöronları tam olarak belirleyebilmiştir (Mohler ve Okada, 1977). Görünüşe göre tıpkı her kilidin bir anahtara sahip olması gibi bazı nöronların da benzodiazepinleri alan reseptörleri olduğu anlaşılmıştır.



University of Wisconsin Primate Library, Madison

**Maymunlar kaygı yaşar mı?** Klinik araştırmacılar, hayvan deneklerin tepkilerini yorumlarken dikkatli olmalıdır. Bu bebek maymun, annesinden ayrıldıktan sonra "korkmuş" olarak kabul edilmişti. Ama belki de korku ya da depresyonla uyuşmayan bir şekilde depresif hissediyordu ya da uyarılma yaşamaktaydı.

Araştırmacılar daha sonra bu benzodiazepin reseptörlerinin normalde beyinde bilinen bir nörotransmiter olan **gama-aminobütirik asidine (GABA)** bağlandığını keşfetmiştir (Müller ve diğerleri, 2017). Bölüm 2'de okuduğunuz gibi nörotransmiterler, bir nörondan diğerine mesaj taşıyan kimyasallardır. GABA, temelde *engelleyici* mesajlar taşır. GABA bir reseptöre bağlandığında nöronun ateşlemeyi durdurmasına neden olur. Başlangıçta araştırmacılar, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin beyinlerindeki GABA aktivitesinin yetersiz olduğuna inanıyorlardı (Salari, Bakhtiari ve Homberg, 2015; Bremner ve Charney, 2010). Ancak bu yüzyılda yapılan araştırmalar, yaygın kaygı bozukluğunun biyolojik temelinin, tek bir nörotransmiterin sorunlu aktivitesinden daha karmaşık olduğunu göstermektedir.

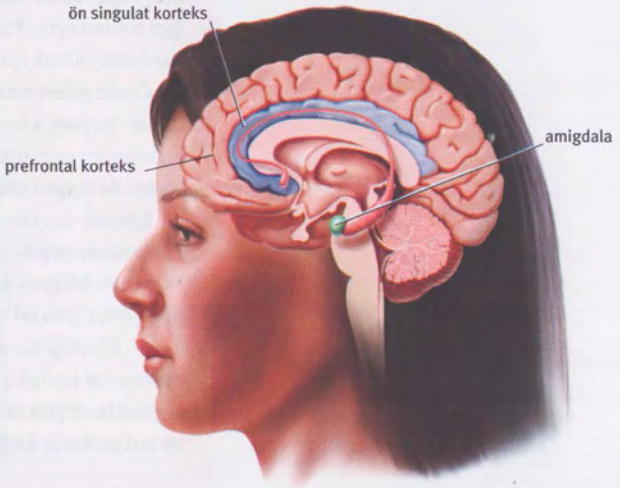
Araştırmacılar artık günlük korku tepkilerimizin -diğer birçok duygusal, davranışsal ve bilişsel tepki gibi- **beyin devrelerine** birlikte çalışan ve birbirini harekete geçiren beyin yapılarının ağlarına bağlı olduğunu biliyorlar. Bölüm 2'de okuduğunuz gibi belirli bir beyin devresinde (circuit) bir yapıdaki nöronların uzun aksonları bir araya toplanır, beyin boyunca uzanır ve başka bir yapının nöronlarıyla iletişim kurmak için nörotransmiterler kullanır -böylece beyin yapıları arasında birbiriyle bağlantılı lif yolları kurar (38-39. sayfalara bakın). Genellikle "korku devresi" olarak adlandırılan korku tepkilerini üreten ve yöneten özel devre, *prefrontal korteks, anterior singulat korteks, insula* ve genellikle duygusal yumağın yuvarlanmasını başlatan küçük bademe benzeyen beyin yapısı olan *amigdala* gibi beyin yapılarını içerir (bk. Şekil 4-2).

Araştırmalar yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerde korku devresinin aşırı derecede aktif (yani *hiperaktif*) olduğunu, sayı ve süre bakımından aşırı korku ve endişe deneyimleri ürettiğini ortaya koymaktadır (Weber-Goericke ve Muehlhan, 2019; Williams, 2017). Buna karşılık birçok kuramcı, bu tür korku devresi hiperaktivitesinin bu bozukluğun gelişiminden sorumlu olduğu sonucuna varmıştır (Mohlman ve diğerleri, 2017; Duval ve diğerleri, 2015). GABA, bu devrede (özellikle amigdalada) çalışan önemli nörotransmiterlerden biridir. Bu nedenle düşük GABA aktivitesi, bu devredeki yapılar arasında aşırı iletişim üretmeye gerçekten de yardımcı oluyor olabilir ve başlangıçta önerildiği gibi yaygın kaygı bozukluğunun gelişimine katkıda bulunabilir. Aynı zamanda korku devresi boyunca çeşitli nöronlar, yapılar, ara bağlantılar veya diğer nörotransmiterlerin hatalı işleyişi de aşırı devre hiperaktivitesine yol açabilir ve yaygın kaygı bozukluğunun gelişimine katkıda bulunabilir (Yao ve diğerleri, 2017).

ŞEKİL 4-2

**Kaygının Biyolojisi**

Beyindeki anksiyete tepkilerinin ortaya çıkmasına yardımcı olan devre, amigdala, prefrontal korteks, ön singulat korteks ve insula gibi yapıları içerir. (Bu beyin görünümünden görülemez.)




**İlaç Tedavileri** 1950'lerde bulunmalarından sonra benzodiazepinler **sakinleştirici -hipnotik ilaçlar**, düşük dozlarda insanları sakinleştiren ve daha yüksek dozlarda insanların uykuya dalmalarına yardımcı olan ilaçlar- olarak pazarlanmıştır. Benzodiazepinlerin, *barbitüratlar* gibi daha önce kullanılan sakinleştirici-hipnotik ilaçlara göre daha az bağımlılık yaptığı ve daha az yorgunluğa sebep oldukları bulunmuştur. Böylece, yeni keşfedilen bu ilaçlar hem doktorlar hem de hastalar tarafından hızla benimsenmiştir ve kaygıyı hafifletmeye yardımcı olmak için pek çok yeni ilaç geliştirilmiştir. (Bir sonraki sayfada **Tablo 4-3**'e bakınız.)

Görmüş olduğunuz gibi araştırmacılar sonunda benzodiazepinlerin beyin devresindeki -özellikle amigdaladaki- nörotransmiter GABA'yı alan reseptör bölgelerine giderek kaygıyı azalttığını görmüştür. Görünüşe göre benzodiazepinler bu

nöron reseptör bölgelerine bağlandıklarında GABA'nın bu reseptör bölgelerine bağlanma ve nöronların ateşlenmesini durdurma yeteneğini artırmaktadır, böylece korku devresinin genel işleyişine katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla bir bireyin aşırı kaygı düzeyini azaltmaktadır (Bystritsky, 2018; Muller vd., 2017).

Araştırmalar, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin yüzde 60'nın, plasebo ilaçları kullanan benzer bireylerin yüzde 40'ına kıyasla benzodiazepin aldıklarında en azından bir miktar iyileşme yaşadığını göstermektedir (Bystritsky, 2018; Islam ve diğerleri, 2014). Ancak klinisyenler bu ilaçların önemli sorunlar oluşturduğunun farkına varmıştır. Birincisi, ilaçların etkileri kısa sürelidir. Bırakıldığında kaygı her zamankinden daha güçlü hâlde geri gelmektedir. İkincisi, benzodiazepinleri uzun süre yüksek dozlarda alan kişiler fiziksel olarak bunlara bağımlı hâle gelebilir. Üçüncüsü, ilaçlar uyuşukluk, koordinasyon bozukluğu, hafıza kaybı, depresyon ve saldırgan davranışlar gibi istenmeyen yan etkiler ortaya çıkarabilir. Son olarak ilaçlar diğer bazı ilaçlar veya maddelerle kötü bir şekilde etkileşime girebilir. Örneğin benzodiazepin kullanan kişiler az miktarda bile alkol kullanırsa nefes almaları tehlikeli bir şekilde yavaşlayabilir (Bystritsky, 2018).

**Antianksiyete ilaçları günümüz dünyasında neden bu kadar popüler? Popülerlikleri toplumumuz hakkında bir şeyler mi söylüyor?**

ŞEKİL: 4-3

**Yaygın Benzodiazepin İlaçlar**

| Genel İsim | Marka İsmi |
|---|---|
| Alprazolam | Xanax |
| Chlordiazepoxide | Librium |
| Clonazepam | Klonopin |
| Clorazepate | Tranxene |
| Diazepam | Valium |
| Estazolam | ProSom |
| Lorazepam | Ativan |
| Midazolam | Versed |
| Oxazepam | Serax |

Bu nedenle son yirmi yılda yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler için diğer ilaç türleri daha yaygın olarak reçete edilir hâle gelmiştir. Tercih edilen ilaç tedavisi artık *antidepresan* ilaçlardır, genellikle depresif kişilerin ruh hâllerini iyileştirmek için kullanılan ilaçlar. Benzodiazepinler gibi bu ilaçlar da yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin yüzde 60'ına en azından biraz rahatlama sağlamaktadır (Bystritsky, 2018). Bölüm 6'da göreceğiniz gibi antidepresan ilaçlar genellikle *serotonin* ve *norepinefrin* nörotransmiterlerinin aktivitesini artırır. Bu iki nörotransmiter, korku devresinin belirli bölümleri için önemlidir (LeDoux ve Pine, 2016; Bukalo, Pinard ve Holmes, 2014). Antidepresan ilaçlar, bu bölgelerdeki korku devresinin işleyişini iyileştirerek kaygıyı gidermeye yardımcı olabilir.

Son olarak genellikle şizofreni hastalarına ve diğer psikoz türlerine sahip kişilere verilen ilaçlar, *antipsikotik* ilaçlar, da yaygın kaygı bozukluğu olan bazı bireyler için yararlıdır (Bystritsky, 2018). Bu ilaçlar, *dopaminin*, korku devresinin belirli bölümlerinde önemli rolü olan başka bir nörotransmiterin, aktivitesini değiştirerek kaygıyı hafifletmeye yardımcı olabilir (Bukalo ve diğerleri, 2014).

## ...ÖZETLE

**YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU** Yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler aşırı kaygı yaşarlar, çok çeşitli olaylar ve faaliyetler hakkında endişelenirler. Sosyokültürel yaklaşıma göre toplumsal tehlikeler, ekonomik stres veya ilgili ırksal ve kültürel baskılar, yaygın kaygı bozukluğu vakalarının gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bir ortam yaratabilir.

Psikodinamik yaklaşımın orijinalinde Freud, yaygın kaygı bozukluğunun aşırı kaygı oluştuğunda ve savunma mekanizmaları bozulup zayıf bir şekilde çalıştığında gelişebileceğini söylemiştir. Psikodinamik terapistler de insanların bu sorunun üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için serbest çağrışım, yorumlama ve diğer psikodinamik teknikleri kullanır.

Önde gelen insancıl kuramcı Carl Rogers, yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin, çocuklukları boyunca önemli kişilerden koşulsuz olumlu kabul görmediklerine ve bu nedenle kendilerini aşırı derecede eleştirdiklerine inanmıştır. Bu tür danışanları danışan merkezli terapi ile tedavi etmiştir.

Bilişsel-davranışçı kuramcılar da yaygın kaygı bozukluğunun, endişenin anlamı ve değeri hakkındaki çeşitli uyumsuz varsayımlardan ve/veya hatalı inançlardan kaynaklandığına inanırlar. Bilişsel-davranışçı terapistler, danışanlarının uyumsuz düşüncelerini ve/veya endişenin işlevsel olmayan kullanımlarını değiştirmelerine yardımcı olur.

Biyoloji kuramcıları, yaygın kaygı bozukluğunun aşırı aktif bir korku devresinden, prefrontal korteks, ön singulat korteks, insula ve amigdalayı içeren bir beyin devresinden kaynaklandığını savunurlar. Yaygın biyolojik tedaviler antidepresan ilaçlar, benzodiazepinler ve antipsikotik ilaçlardır.

# Fobiler

**Fobi**, belirli bir nesne, aktivite veya durumla ilgili sürekli ve mantıksız bir korkudur. Fobisi (Yunanca "korku" kelimesinden gelir) olan insanlar, korktukları nesne veya durumu düşündüklerinde bile korkarlar ancak korktukları şeyden veya onunla ilgili düşüncelerinden kaçtıkları sürece genellikle rahattırlar.

Hepimizin korktuğu özel durumlar vardır ve bazı şeylerin bizi diğer şeylerden daha fazla üzmesi normaldir. (Bir sonraki sayfada ***Bilgi Merkezi***'ne bakın.) Bu tür yaygın korkular fobilerden nasıl farklılaşır? DSM-5, fobinin daha yoğun ve sürekli olduğunu ve korkulan nesneden veya durumdan kaçınma arzusunun daha güçlü olduğunu belirtir (APA, 2013). Fobileri olan insanlar genellikle o kadar çok rahatsız olurlar ki korkuları hayatlarına dramatik bir şekilde müdahale edebilir.

Fobilerin çoğu teknik olarak özgül fobiler -DSM-5'in belirli bir nesne veya durumla ilgili yoğun ve ısrarlı korku için kullandığı terim- kategorisine girer. Buna ek olarak *agorafobi* -eğer kişi paniğe kapılırsa veya mahrum kalırsa kaçmanın zor olabileceği halka açık yerlerde veya durumlarda bulunma korkusu- adı verilen daha geniş kapsamlı bir fobi türü vardır.

**fobi** Belirli bir nesne, aktivite veya durumla ilgili sürekli ve mantıksız bir korku.

**özgül fobi** Belirli bir nesne veya durumla ilgili şiddetli ve sürekli bir korku.

## Özgül Fobi

Özgül fobi, belirli bir nesne veya durumla ilgili sürekli bir korkudur (bk. **Tablo 4-4**). Hastalar belirli bir nesneye veya duruma maruz kaldıklarında genellikle ani bir korku yaşarlar. Yaygın özgül fobiler, belirli hayvanlar veya böcekler, yükseklik, kapalı alan, fırtına ve kan ile ilgili yoğun korkulardır. Andrew burada uçma fobisinden bahsediyor:

> *Uçağa bindik ve az sonra uçak hareket etti. Uçak hızlanmaya başladığında içimde yine o korkunç duygu vardı. Daha önceki panik duygusuyla yine üzerime çöküyordu. Uçaktaki herkesi, kendi kaderleri üzerinde kontrol sahibi olmayan koltuklara bağlı kuklalar olarak görüyordum. Uçak her hız veya rota değişikliği yaptığında kalbim hızla çarpıyordu ve telaşla ne olduğunu soruyordum. Uçak alçalmaya başladığında düşmek üzere olduğumuz için çok korkuyordum.*
>
> *(Melville, 1978, s. 59)*

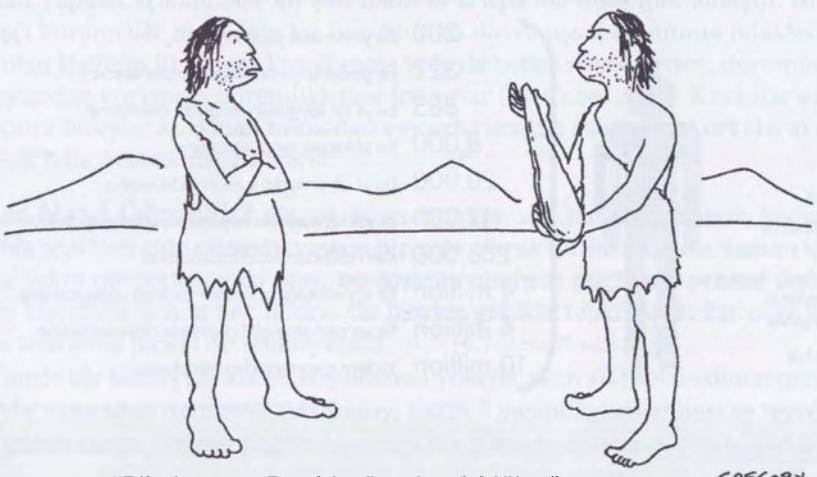
**TABLO: 4-4**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Özgül Fobi |
|---|
| 1. Belirli bir nesne veya durumla ilgili belirgin, sürekli ve aşırı korku; genellikle en az 6 ay sürer. |
| 2. Korkulan nesneye maruz kalmak ani bir korku yaratır. |
| 3. Korkulan durumdan kaçınılır. |
| 4. Ciddi sıkıntı veya bozulma vardır. |

Bilgi kaynağı: APA 2013.

Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm insanların yüzde 10'u özgül fobi semptomlarını yaşamaktadır (McCabe, 2018; Bandelow ve Michaelis, 2015; Kessler ve diğerleri, 2012). Bireylerin neredeyse yüzde 14'ü yaşamlarının bir noktasında bu tür fobiler geliştirir ve birçok insanın aynı anda birden fazla fobisi vardır. Bu bozukluğa sahip olan kadınların sayısı erkeklerden en az 2'ye 1 daha fazladır.




*"Bilmiyorum. Ben bir tür teknofobiğim."*

Alex Gregory/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

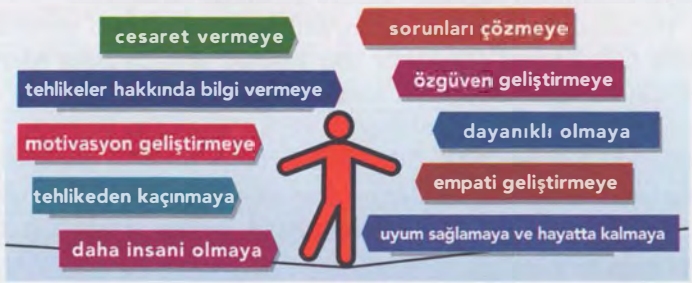
# KORKU

Korku, hayatın normal bir parçasıdır. Tüm duygular gibi iyi ya da kötü olabilir. Olumlu tarafı, korku bizi tehlikeye karşı uyarabilir, yapıcı davranmamıza yardımcı olabilir ve akıllıca kararlar vermemiz için bize rehberlik edebilir. Bir noktaya kadar uyarıcı ve hatta eğlenceli bile olabilir. Olumsuz tarafı, korku aşırı ve uygunsuz olabilir ve fobi ve diğer anksiyete bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir.

## ÇİZGİYİ GEÇMEK




## KORKU BİZE ŞU KONULARDA YARDIMCI OLUR:




(Sam, 2016)

## KORKULARIMIZI NASIL YENERİZ?

Klinisyenler, insanların patolojik korkunun üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için maruz bırakma temelli tedaviler gibi özel teknikler geliştirdiler. Bununla birlikte, insanların gündelik korkularını azaltmaya yardımcı olmak için kendi başlarına yapabilecekleri birçok şey var. Bunlardan bazıları, maruz bırakma terapisinin ve diğer klinik tedavilerin küçük versiyonlarıdır.



(Smith vd., 2017)

- size giderek daha çok korku veren davranışlarda bulunun
- basit derin nefes alma tekniğini uygulayın
- egzersiz yapın
- sizi rahatlatan aktiviteler yapın (ör. müzik dinleyin)
- korkutucu düşüncelerinizi kanıtlarla sınayın
- korkunuzla aşamalı olarak ve tekrar tekrar yüzleşin
- önceden korktuğunuz ama üstesinden geldiğiniz korkularınızı hatırlayın
- mantıkdışı korkularınızın kararlarınıza ve davranışlarınıza yön vermesine izin vermeyin

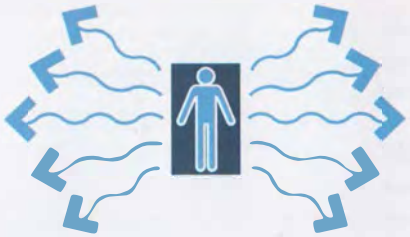
## GÜNÜMÜZ DÜNYASININ EN BÜYÜK KORKULARI




(Bowerman, 2016)

- **%60.6** devlet yetkililerinin yolsuzluğu
- **%41** terör saldırıları
- **%39.9** gelecek için yeterli paraya sahip olmama
- **%38.5** Devletin silah ve mühimmat kullanımı ile ilgili düzenlemeleri
- **%38.1** Sevilen birinin ölümü
- **%37.5** ekonomik çöküş
- **%37.1** kimlik hırsızlığı
- **%35.9** sevilen birinin ciddi bir hastalığa yakalanması

## EN BÜYÜK VAROLUŞSAL KORKULAR



- başarısızlık
- ölüm
- acı çekme
- bilinmezlik
- yalnızlık
- belirsizlik
- reddedilme
- dalga geçilme
- özgürlüğünü kaybetme
- yetersizlik
- ayrılık
- önemsiz görülme
- sefalet
- hayal kırıklığı
- yargılanma
- değişim
- yoksunluk

(McGauran, 2016; Wisehart. 2015)

## OLASILIKLAR SİZİN LEHİNİZE

Hepimiz olası felaketler hakkında endişelenmemize rağmen, genelde bu endişelerimizin gerçekleşme ihtimalinin olmadığını, bazen de çok olası olmadığını unutuyoruz. Korktuğumuz şeyin gerçekte olma olasılığı nedir?




- 200 bu yıl evinizde yangın çıkacak
- 322 bir şiddet suçunun mağduru olacaksınız
- 885 bu yıl bir soygunun mağduru olacaksınız
- 8,000 bu yıl kanser tanısı alacaksınız
- 20,000 bu yıl bir cinayete kurban gideceksiniz
- 42,000 büyük lig maçında beyzbol topu kafanıza gelecek
- 286,000 Kan naklinden AIDS kapacaksınız
- 4 million Bir köpekbalığı tarafından saldırıya uğrayacaksınız
- 4 million Bir sonraki otomobil gezinizde öldürüleceksiniz.
- 10 million Yıldırım çarpmasından öleceksiniz

(FBI, 2017, 2014; Glovin, 2014; CDC, 2013; Quillian ve Pager, 2010; Britt, 2005)

Özgül fobinin bir kişinin hayatı üzerindeki etkisi, korkuyu neyin ortaya çıkardığına bağlıdır (McCabe, 2018). Fobileri köpekler, böcekler veya su olan insanlar, korktukları nesnelerle karşılaşmaya devam ederler. Bu kişilerin fobilerinden kaçınma çabaları özenli olmalıdır ve bu çabalar, kişilerin günlük faaliyetlerini büyük ölçüde kısıtlayabilir. Yılan fobisi olan şehir sakinleri için işler çok daha kolaydır. Özgül fobisi olan kişilerin çoğu tedavi almak yerine korktukları nesnelerden kaçınmaya çalışır.

## Agorafobi

**Agorafobisi** olan insanlar, paniğe kapılırlarsa veya mahrum kalırlarsa halka açık yerlerde veya kaçmanın zor veya yardımın mümkün olmadığı durumlarda olmaktan korkarlar (APA, 2013) (bk. **Tablo 4-5**). Bu, yaygın ve karmaşık bir fobidir. Herhangi bir yıl içinde toplam nüfusun yaklaşık yüzde 1,7'si agorafobi yaşamakta, yaklaşık yüzde 2,6'sı hayatlarının bir noktasında bu durumu göstermektedir. Bozukluk aynı zamanda kadınlar arasında erkeklere göre ve yoksullar arasında zengin insanlara göre iki kat daha yaygındır (Bandelow ve Michaelis, 2015; Kessler ve diğerleri, 2012; Sareen ve diğerleri, 2011). Agorafobisi olanların yaklaşık yüzde 46'sı bunun için tedavi görmektedir (NIMH, 2017).

Kalabalık caddelere veya mağazalara girmekten, otoparklarda, köprülerde veya açık alanlarda araç kullanmaktan ve toplu taşıma araçlarıyla veya uçakla seyahat etmekten kaçınmak agorafobisi olan insanlar için tipik durumlardır. Bu kişiler eğer evden çıkacak olurlarsa bu, genellikle sadece yakın akraba veya arkadaşlarının eşliğinde olabilir. Bazıları aile üyelerinin veya arkadaşlarının evde kendileriyle kalmaları konusunda ısrar ederler ancak evde ve başkaları onlarla birlikteyken bile endişeli hissetmeye devam edebilirler.

Çoğu durumda agorafobinin yoğunluğu değişiklik gösterebilir. Ağır vakalarda insanlar, kendi evlerinde mahkûm gibidirler. Sosyal yaşamları kısıtlanır ve iş yapamazlar. Agorafobisi olan insanlar, bazen hastalıklarının yaşamlarına getirdiği ciddi sınırlamaların bir sonucu olarak depresyona da girebilirler (McCabe, 2018).

Aslında agorafobisi olan pek çok insan, halka açık yerlere girdiklerinde *panik atak* adı verilen aşırı ve ani korku atakları yaşar, bu da agorafobi geliştirdiklerine dair ilk belirtileri oluşturmuş bir sorundur. Bu tür bireyler iki tanı alabilir: agorafobi ve *panik bozukluğu* -bu bölümde daha sonra okuyacağınız bir kaygı bozukluğu. Çünkü yaşadıkları sorun, evden uzaklaşıp halka açık yerlere gitme korkusunun çok ötesine uzanır (APA, 2013).

**TABLO: 4-5**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Agorafobi**

1. Aşağıdaki durumlardan en az ikisinde olmakla ilişkili olarak ortaya çıkan belirgin, aşırı veya tekrarlayan korku:
   - Toplu taşıma (ör. Otomobil veya uçak seyahati)
   - Otoparklar, köprüler veya diğer açık alanlar
   - Mağazalar, tiyatrolar veya diğer kapalı yerler
   - Sıralar veya kalabalıklar
   - Yanında biri olmadan evin dışında olma
2. Bu tür agorafobik durumlardan korkmak, panik, utanç veya engelleyici belirtiler ortaya çıkarsa kaçmanın veya yardım almanın zor olacağı endişesinden kaynaklanır.
3. Agorafobik durumlardan kaçınma.
4. Belirtiler genellikle en az 6 ay devam eder.
5. Ciddi sıkıntı veya bozulma.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## Fobilere Ne Sebep Olur?

Her model fobiler için farklı açıklamalar ortaya koyar. *Bilişsel davranışçı* kuramcılar tarafından yapılan açıklamalar en çok bilimsel araştırma desteğini almıştır. Bilişsel davranışçı kuramcılar, öncelikle bu bozukluğun davranışsal boyutuna odaklanarak fobileri olan kişilerin ilk olarak koşullanma yoluyla belirli nesnelerden, durumlardan veya olaylardan korkmayı öğrendiklerine inanırlar (McCabe, 2018). Korkular edinildikten sonra bireyler korkulan nesneden veya durumdan kaçınır ve korkuların daha da yerleşik hâle gelmesine izin verir.

**Korkular Nasıl Öğrenilir?** Birçok bilişsel-davranışçı kuramcı, **klasik koşullanmayı** fobik tepkileri elde etmenin yaygın bir yolu olarak görür. Burada, zaman içinde birbirine yakın gerçekleşen iki olay, bir kişinin zihninde güçlü bir şekilde ilişkilendirilir ve kişi daha sonra her ikisine de benzer şekilde tepki verir. Bir olay korku tepkisini tetiklerse diğeri de tetikleyebilir.

1920'lerde bir klinisyen, klasik koşullanma yoluyla akan su fobisi edinen genç bir kadının durumundan bahsetmiştir (Bagby, 1922). 7 yaşındayken annesi ve teyzesiyle pikniğe giden kadın, öğle yemeğinden sonra tek başına ormana doğru koşar. Büyük

**agorafobi** Bir kişinin, panik benzeri veya utanç verici belirtiler ortaya çıktığında kaçmanın zor olabileceği veya yardım alamayacağı kalabalık durumlarda olmaktan korktuğu bir anksiyete bozukluğu.

**klasik koşullanma** Zaman içinde birbirine yakın tekrar tekrar meydana gelen iki olayın bir kişinin zihninde birbirine bağlandığı ve böylece aynı tepkiyi ürettiği bir öğrenme süreci.



Barcroft Media/Getty Images

**Fobiler ne değildir** Bir köprüden geçmeye çalışırken korkuyla donup kalan bu genç kadınlar birbirine sıkıca sarılsalar da anormal bir korku veya fobi sergilemiyorlar. Daha yakından bakıldığında 600 fit yüksekliğinde ve 1000 fit genişliğinde olan köprünün Çin'de türünün ilk örneği olan cam bir zemine sahip olduğu ortaya çıkıyor. Bu yeni turistik yere gelen neredeyse tüm ziyaretçiler başlangıçta aynı duygusal tepkiyi yaşıyor -karşı konulmaz ve neredeyse felç edici bir korku.

kayaların üzerinde tırmanırken ayakları iki kaya arasına sıkışır. Ayaklarını kurtarmak için uğraştıkça ayakları daha da çok sıkışır. Bağırışlarını kimse duymaz ve giderek çok daha fazla korkmaya başlar. Davranışçı terminolojisinde sıkışmış olmak bir korku tepkisine yol açar.

**Sıkışıp kalmak → Korku tepkisi**

Ayaklarını serbest bırakmaya çalışırken kız yakında bir şelaleden gelen su sesini duyar. Akan suyun sesi, zihninde kayalarla yaptığı bu korkunç deneyimle ilişkilenir ve bu şekilde akan su korkusu geliştirir.

**Akan su → Korku tepkisi**

Sonunda teyzesi çığlıklar atan çocuğu bulur, onu kayalardan kurtarır ve rahatlatır ancak küçük kızda psikolojik hasar oluşmuştur. O günden itibaren kız akan sudan korkar. Yıllarca aile üyeleri onu yıkanırken sakinleştirmek için tutmak zorunda kalır. Bir trende seyahat ettiğinde herhangi bir dereye bakmak zorunda kalmaması için arkadaşları pencereleri kapatmak zorunda kalır. Genç kadın, görünüşe göre klasik koşullanma yoluyla özgül bir fobi edinmiştir.

Koşullanma terimleri ile ifade edersek sıkışmış olmak, makul bir biçimde *koşulsuz bir korku tepkisi (UR)* ortaya çıkaran *koşulsuz bir uyarıcıydı (US)*. Akan su, başlangıçta nötr bir uyarıcı olan ve çocuğun zihninde sıkışmış olmakla ilişkilendirilen ve aynı zamanda bir korku tepkisi uyandıran *koşullu bir uyarıcıyı (CS)* temsil ediyordu. Yeni edinilen korku, *koşullu bir tepkiydi (CR)*.

**US: Sıkışmış olmak → R: Korku**

**CS: Akan su → R: Korku**

Korku tepkisi edinmenin bir başka yolu da **model almadır** yani gözlem ve taklittir (Bandura ve Rosenthal, 1966). Kişi, başkalarının belirli nesnelerden veya olaylardan korktuğunu gözlemleyebilir ve kendisi de aynı şeylere karşı korku geliştirebilir. Annesi hastalıktan, doktorlardan ve hastanelerden korkan küçük bir çocuğu ele alalım. Eğer annesi bu korkularını sık sık dile getirirse çok geçmeden çocuğun kendisi de hastalıklardan, doktorlardan ve hastanelerden korkabilir.

Neden bir veya birkaç üzücü deneyim veya gözlem uzun vadeli bir fobiye dönüşür? Kayalıklara ayakları sıkışmış kız daha sonra akan suyun ona zarar vermediğini görmez mi? Annesi hastalıklardan korkan çocuğun daha sonra hastalıkların geçici olduğunu, doktorların ve hastanelerin yararlı olduğunu görmesi gerekmez mi? Bilişsel-davranışçı kuramcılar, insanların bir korku tepkisi edindikten sonra korktukları şeylerden *kaçınmaya* çalıştıklarına inanırlar. Bu kişiler genellikle korktukları nesnelere, nesnelerin gerçekten zararsız olduğunu öğrenecek kadar yakın duramazlar.

**Bilişsel-Davranışçı Açıklamalar Araştırmada Ne Kadar Önemlidir?** Bazı laboratuvar çalışmaları, gerçekten de hayvanlara ve insanlara klasik koşullanma yoluyla nesnelerden korkmanın öğretilebileceğini bulmuştur (Miller, 1948; Mowrer, 1947, 1939). Meşhur bir çalışmada, psikologlar John B. Watson ve Rosalie Rayner (1920), Küçük Albert adında bir bebeğe beyaz farelerden korkmayı nasıl öğrettiklerini anlatmışlardır. Albert'in birkaç hafta boyunca beyaz bir sıçanla oynamasına izin verilir ve Albert'in bundan zevk aldığı gözlenir. Ancak bir seferinde Albert fareye uzandığında, deneyi yapan kişi çelik bir çubuğa çekiçle vurarak Albert'i korkutan çok yüksek bir ses çıkarır. Albert'in fareye uzandığı sonraki birkaç seferde, deneyci yine aynı yüksek sesi çıkarır. Albert böylece fareye karşı korku ve kaçınma tepkisi geliştirir.

**Bugünün insan-katılımcı araştırma inceleme kurulları Küçük Albert üzerine yapılan çalışma hakkında ne gibi endişelere sahip olabilir?**

**model alma** Bir kişinin diğerlerini gözlemlediği ve sonra taklit ettiği bir öğrenme süreci. Ayrıca aynı prensibe dayalı bir terapi yaklaşımı.

**hazır olma** Belirli korkuları geliştirmeye yatkınlık.

**maruz bırakma terapisi** Kişilerin korktukları nesnelere veya durumlara maruz kaldıkları terapi.

**sistematik duyarsızlaştırma** Fobileri olan hastaların korktukları nesnelere veya durumlara sakince tepki vermelerine yardımcı olmak için gevşeme eğitimi ve korku hiyerarşisi kullanan bir maruz bırakma terapisi.

Araştırmalar, korkunun model alma yoluyla elde edilebileceği bilişsel-davranışçı açıklamayı da desteklemiştir. Örneğin öncü bir çalışmada psikologlar Albert Bandura ve Theodore Rosenthal (1966), insan katılımcıların, bir zil çaldığında görünüşte elektrik şoku verilen bir kişiyi gözlemlemesini sağlar. Kurban aslında deneycinin suç ortağıdır, -araştırma terminolojisinde *sahte denek*- zil her çaldığında seğirerek ve bağırarak acı çekiyormuş gibi davranır. Durumdan şüphelenmeyen katılımcılar bu sahneyi pek çok kez gözlemledikten sonra zil sesini duyduklarında kendileri de bir korku tepkisi yaşadılar. Benzer şekilde gerçek hayata ilişkin korkuları ve fobileri olan çocuklar üzerinde yapılan bazı araştırmalar, model almanın bu tür sorunların kazanılmasında anahtar bir rol oynadığını bulmuştur (Reynolds vd., 2017).

Bu çalışmalar, fobilerin bilişsel-davranışçı açıklamalarını desteklese de bazı araştırmalar bu açıklamaların sorgulanması gerektiğini öne sürmüştür (McCabe, 2018). Çocuklar ve yetişkinlerle yapılan pek çok laboratuvar çalışması, korku tepkilerini koşullamada başarısız da olmuştur. Ek olarak birçok vaka çalışması fobileri klasik koşullanma veya model almaya dayandırsa da çalışmaların oldukça fazla bir kısmı bunu yapmakta başarısız olmaktadır. Dolayısıyla bir fobi, klasik koşullanma veya model alma ile edinilebilir gibi görülse de araştırmacılar bozukluğun *normalde* her zaman bu yolla edinildiğini kanıtlayamamıştır.

**Davranışçı-Evrimsel Bir Açıklama** Bazı fobiler diğerlerinden çok daha yaygındır. Hayvanlara, yüksekliğe ve karanlığa karşı fobik tepkiler; ete, çimenlere ve evlere karşı fobik tepkilerden daha sık görülür. Kuramcılar, bu farklılıkları genellikle insanların, tür olarak belirli korkuları geliştirmeye yatkın olduklarını öne sürerek açıklarlar (McCabe, 2018; McNally, 2016). Bu görüş, **hazır olma** olarak adlandırılır çünkü teorik olarak insanlar bazı türde fobi edinmeye "hazırdır", bazılarını edinmeye ise hazır değildir. Aşağıdaki durum buna örnek teşkil edebilir:

> *Dört yaşında bir kız çocuğu parkta oynuyordu. Bir yılan gördüğünü düşünerek ailesinin arabasına doğru koştu ve arabanın içine atlayarak, kapıyı çarpıp kapattı. Ne yazık ki kızın eli arabanın kapısına sıkışmıştı, bunun sonucu olarak şiddetli ağrı çekmiş ve birkaç kez doktora gitmesi gerekmişti. Bu kız çocuğu bundan önce de belki yılanlardan korkuyordu ama bu fobi düzeyinde değildi. Bu deneyimden sonra araba veya araba kapılarına karşı değil, yılana karşı fobi geliştirdi. Yılan fobisi yetişkinliğe kadar devam etti ve daha sonra tedavi edildi.*
>
> *(Marks, 1977, s. 192)*

Korkmaya hazır veya yatkın olma hâli neden kaynaklanıyor olabilir? Bazı kuramcılara göre bu yatkınlıklar genetik olarak evrimsel bir süreçle aktarılmıştır. Atalarımız arasında hayvanlardan, karanlıktan, yükseklikten ve benzerlerinden kolayca korkanların, üreyebilecek ve korku eğilimlerini yavrularına aktarabilecek kadar uzun süre hayatta kalma olasılıkları daha yüksekti (McNally, 2016; Ohman ve Mineka, 2003).



Courtesy Ko Kobayakawa

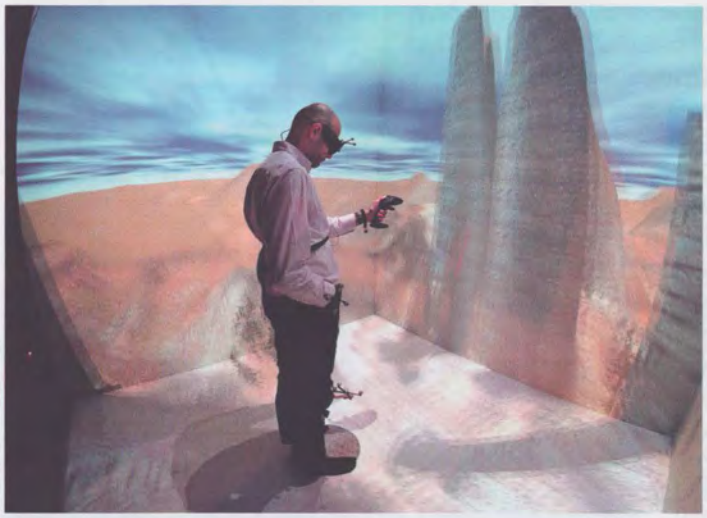
**En Yakın Arkadaş** Bir farenin kedilerden korkması koşullu bir tepki midir yoksa genetik temelli midir? Tokyo Üniversitesindeki bilim adamları, bu kemirgenin kedilerin kokusu veya varlığına karşı korkma içgüdüsünü ortadan kaldırmak için genetik mühendisliğini kullandılar. Ancak fare dikkatli olmalı! Kedi, genetik olarak buna uygun şekilde tasarlanmamıştır.

## Fobiler Nasıl Tedavi Edilir?

Her kuramsal modelin fobileri tedavi etmek için kendi yaklaşımı vardır ancak bilişsel davranışçı yaklaşım daha yaygın olarak kullanılmaktadır ve yine bilimsel araştırmalara göre özellikle özgül fobiler için diğer yaklaşımlardan daha başarılıdır. Burada yine modelin klinisyenleri öncelikle fobilerin davranışsal boyutuna odaklanırlar.

**Özgül Fobinin Tedavisi** Özgül fobiler, başarıyla tedavi edilen ilk kaygı bozuklukları arasındaydı. Bunları tedavi etmede kullanılan temel bilişsel-davranışçı yaklaşım, insanların korktukları nesnelere veya durumlara maruz kaldıkları bir yaklaşım olan **maruz bırakma tedavisidir** (McCabe ve Swinson, 2017). Aslında birkaç farklı maruz bırakma tekniği vardır. En eski ve en ünlü üç tanesi *sistematik duyarsızlaştırma, taşırma ve model olmadır.*

Joseph Wolpe (1987, 1969) tarafından geliştirilen bir maruz bırakma tekniği olan **sistematik duyarsızlaştırma** ile tedavi edilen insanlar, korktukları nesneler veya durumlarla yavaş yavaş yüzleşirken gevşemeyi öğrenirler. Gevşeme ve korku birbiri ile



Boris Horvat/Getty Images

**Maruz bırakma dünyası** Fransa'daki bir tedavi programında bu adam şiddetli yükseklik korkusu olan akrofobinin üstesinden gelmek için maruz bırakma terapisine alınır. Bir sanal gerçeklik başlığı takarak sanki geniş, derin bir kanyona yaklaşıyormuş gibi hisseder. Sanal gerçeklik teknikleri, çeşitli anksiyete bozuklukları veya OKB için tedavi gören danışanların maruz kalma türlerini büyük ölçüde genişletmiştir.

bağdaşmadığından yeni gevşeme tepkisinin korku tepkisinin yerini aldığı düşünülmektedir. Duyarsızlaştırma terapistleri önce danışanlara *gevşeme eğitimi* verir ve onlara istedikleri zaman derin bir kas gevşemesi durumuna nasıl geleceklerini öğretir. Buna ek olarak terapistler, danışanların bir *korku hiyerarşisi* yani korkulan nesnelerin veya durumların bir listesi, oluşturmalarına yardımcı olur ve bunlar hafiften çok şiddetli korku düzeyine doğru sıralanır.

Daha sonra danışanlar gevşemeyi korktukları nesneler veya durumlarla nasıl eşleştireceklerini öğrenirler. Danışan gevşeme hâlindeyken terapist danışanın hiyerarşisinin en altındaki olayla yüzleşmesini sağlar. Bu, *yerinde (in vivo) duyarsızlaştırma* adı verilen gerçek bir yüzleşme olabilir. Örneğin yüksekten korkan bir kişi bir sandalyeye veya ayaklı bir merdivene çıkabilir ya da yüzleşme, *hayalde (in vitro-örtük) duyarsızlaştırma* adı verilen ve hayalde canlandırmanın kullanıldığı bir süreç olabilir. Bu durumda terapist durumu tanımlarken kişi korkutucu olayı hayal eder. Danışan gevşeme tepkilerini korkulan her bir ögeyle eşleştirerek tüm liste boyunca ilerler. İlk madde hafif derecede korkutucu olduğundan kişinin ilk maddede tamamen gevşeyebilmesi için genellikle kısa bir süre yeterlidir. Birkaç seans boyunca danışanlar en çok korktukları maddeye ulaşıp üstesinden gelene kadar korku merdivenlerinde yukarı çıkarlar.

Özgül fobiler için bir başka maruz bırakma tedavisi **taşırmadır**. Taşırma yöntemini kullanan terapistler, insanların korktukları şeylere tekrar tekrar maruz kaldıklarında ve aslında oldukça zararsız olduklarını gördüklerinde korkmayı bırakacaklarına inanırlar. Danışanlar, gevşeme eğitimi olmadan ve korku hiyerarşisindeki gibi aşamalı bir artış olmadan korktukları nesneler veya durumlarla direkt yüzleşmeye zorlanır. Duyarsızlaştırma gibi taşırma prosedürü de yerinde veya hayalî olabilir. Taşırma terapistleri, danışanlara korkulan nesneleri veya durumları hayal etmede rehberlik ederken genellikle açıklamayı abartırlar, böylece danışanlar yoğun duygusal uyarılma yaşarlar. Yılan fobisi olan bir kadın söz konusu olduğunda terapisti danışanından diğerlerinin yanı sıra aşağıdaki sahneyi hayal etmesini ister:

> *Gözlerinizi tekrar kapatın. Yılanı önünüzde hayal edin ve şimdi uzanıp yılanı alın. Yılana uzanın, elinize alın, kucağınıza koyun, kucağınızda kıpırdadığını hissedin, elinizi üzerine koyun, elinizi çekin ve yılanın kıpırdandığını hissedin. Yılanın vücudunu parmaklarınızla ve elinizle keşfedin. Bunu yapmak istemiyorsanız da kendinizi yapmaya zorlayın. Kendinizi bunu yapmaya zorlayın. Gerçekten yılanı tutun. Biraz sıkın, hissedin. Elinizin etrafında dolanmaya başladığını hissedin. İzin verin. Elinizi hareket ettirmeyin, yılanın elinize dokunduğunu ve bileğinizin etrafında kıvrıldığını hissedin.*
>
> *(Hogan, 1968, s. 423)*

Başka bir maruz bırakma tekniği olan *model olmada* ise korkan kişi gözlem yaparken korkulan nesne veya durumla yüzleşen kişi terapisttir (Bandura, 2011, 1977, 1971; Bandura ve diğerleri, 1977). Terapist, kişinin korkusunun temelsiz olduğunu göstermek için bir model gibi hareket eder. Birkaç seanstan sonra birçok danışan nesnelere veya durumlara sakince yaklaşabilir. Model olmanın başka bir versiyonu olan *katılımcı model olmada* danışan terapiste aktif olarak katılması için teşvik edilir.

Klinik araştırmacılar, bu ve diğer maruz bırakma tedavilerinin özgül fobisi olan insanlara yardımcı olduğunu defalarca bulmuşlardır. Fobik hastaların yaklaşık yüzde 70'i, maruz bırakma tedavisi gördükten sonra önemli bir iyileşme göstermektedir (McCabe ve Swinson, 2017; Ryan ve diğerleri, 2017). Bu maruz bırakma tedavilerinin her biri için daha çok başarılı olmanın anahtarı, korkulan nesne veya durumla *gerçekten* temas etme gibi görünmektedir. Diğer deyişle *yerinde* maruz bırakma hayalde maruz bırakmadan daha etkili olma eğilimindedir. Ayrıca artan sayıda bilişsel-davranışçı terapistin bir maruz bırakma aracı olarak *sanal gerçekliği* (gerçek dünyadaki nesneleri ve

**taşırma** Danışanların korkulan bir nesneye tekrar tekrar ve yoğun bir şekilde maruz bırakıldığı ve aslında zararsız olduğunu görmeye zorlandığı fobiler için bir maruz bırakma tedavisi.

durumları taklit eden 3 boyutlu bilgisayar grafikleri) kullandığını ve bu yaklaşımla önemli bir başarı elde ettiğini belirtmek gerekir (Costa ve diğ., 2018). Bölüm 5'te göreceğiniz gibi bu bilgisayar aracı tarafından sunulan maruz bırakmalar o kadar yoğundur ki çoğu zaman gerçek hayattaki maruz bırakmalar kadar güçlü olabilirler.



Ocean/Corbis

**Kayıpların geri kazanılması** Bazı eğlence parkları, muhtemel müşterilerinin hız treni ve diğer korku treni korkularını yenmelerine yardımcı olmak için davranış programları sunar. "Tedavi" sonrasında bazı danışanlar herkes gibi korkmadan trenlere binebilir. Diğerleri için ise dönme dolabın göreceli sakinliği geri gelmiştir.

**Agorafobinin Tedavisi** Yıllar boyunca klinisyenler agorafobi yani kişinin evini terk etme ve halka açık yerlere gitme korkusu üzerinde etkili olan çok az çalışma yapmıştır. Ancak artık agorafobisi olan birçok insanın daha az kaygıyla dışarı çıkmasını sağlayan yaklaşımlar geliştirilmektedir. Bu yeni yaklaşımlar, hastalara her zaman özgül fobilerdeki başarılı tedavilerin sunduğu kadar bir rahatlama sunmaz ancak birçok insana önemli ölçüde bir rahatlama sağlar.

Bilişsel-davranışçı terapistler, bu kez agorafobi için çeşitli maruz bırakma yaklaşımları geliştirdiler (Gloster ve diğerleri, 2017, 2015, 2014; Klan, Jasper ve Hiller, 2017). Terapistler tipik olarak danışanların evlerinden daha uzağa gitmelerine ve aşamalı olarak dışarıdaki yerlere girmelerine yardımcı olur. Bazen klinisyenler, danışanların dış dünyayla yüzleşmesini sağlamak için destekleme, mantıklı düşünme tarzı ve ikna etme gibi ek yöntemler de kullanır. Ayrıca aşağıdaki örnek olay incelemesinde açıklananlar gibi daha açık maruz bırakma yöntemleri de kullanabilirler:

*[Lenita] evlendikten kısa bir süre sonra evden çıkamayacak durumda olan genç bir kadındı. Evin dış kapısından birkaç metre öteye yürümek bile onu çok korkutuyordu. . . .*

*Bu durum, genç kadının evlenmek için evden ayrıldıktan sonra kendini bağımsız bir şekilde hareket edemez hâlde bulmasından dolayı şaşırtıcı değildi... Yeni evini terk edememesi, kocasına yönelik artan düzeydeki bağımlılığı ve birlikte kalması için eve daha sık çağırdığı annesinin tepkisi ve ilgisi ile iyice güçlendi. Arkadaşlarından ve dış dünyadaki eğlenceli şeylerden koptuğu için depresyon çektiği acıyı daha da artırdı...*

*[Belirtilerin kötüleşmesinden birkaç yıl sonra, Lenita psikiyatri hastanemize yatırıldı.] İyileşmesini değerlendirmek için hastaneden şehir merkezine yaklaşık 20 metre aralıklarla işaretlenmiş 1600 metre uzunluğunda bir rota belirledik. [Tedaviye] başlamadan önce hastadan bu güzergâh boyunca yürüyebildiği kadar yürümesini istedik. Her seferinde hastanenin ön kapısında ayak diredi. Sonra [tedavinin] ilk aşaması başladı: Her gün iki seans düzenledik ve bu seanslarda hastaya daha uzun süre hastane dışında kaldığı için övgülerde bulunduk. Ödül programı basitti. Hasta bir denemede 20 saniye dışarıda kalırsa ve sonraki denemede 30 saniye dışarıda kalırsa coşkuyla övülecekti. Ancak şimdi, övgü ölçütü -hastanın bilgisi olmadan- 25 saniyeye çıkarıldı. Kriteri karşıladığı takdirde yine övüldü ve süre tekrar artırıldı. Yeterince uzun süre dışarıda kalmazsa terapist onun performansını görmezden geldi. Onun için önemli olan terapistinin ilgisini çekmek için her seferinde daha uzun süre dışarıda kalması gerekiyordu.*

*Bunu neredeyse yarım saat kadar dışarıda kalabilene kadar yaptı. Ama her seferinde daha uzağa mı yürüyordu? Hayır yürümüyordu. Her zaman "güvenli yer"i görebilecek şekilde, hastanenin ön tarafında dolaşıyordu. Bu nedenle yürünen mesafeyi de dâhil etmek için ödülü değiştirdik. Şimdi her seferinde daha uzağa yürümeye başladı. Bu basit terapötik süreçle desteklenen hasta, kendine olan güvenini aşamalı olarak artırmayı başardı...*

*Daha sonra terapistin övgüsü azaltıldı ancak yavaşça, ayrıca hasta istediği yere yürümesi için cesaretlendirildi. Beş yıl sonra Lenita hâlâ gayet iyi durumda. Daha bağımsız olmanın faydalarının kazanımlarını koruduğunu ve terapistin övgü kaybını telafi ettiğini söyleyebiliriz.*

*(Agras, 1985, s. 77-80)*

Agorafobisi olan kişiler için maruz bırakma terapisi, hastaları tedavilerinde çok çalışmaya motive etmek için genellikle birtakım ek uygulamalar da içerir -özellikle destek gruplarının ve evde kendi kendine yardım programlarının kullanımı gibi. *Destek grubu yaklaşımında*, agorafobisi olan az sayıda kişi, birkaç saat süren maruz bırakma seansları için hep birlikte dışarı çıkar. Grup üyeleri, birbirlerini destekler

## #YanlışSonEk?

2012 yılında Associated Press, muhabirlerinin belirli gruplara karşı hoşgörüsüz olan insanları tanımlarken giderek daha popüler hâle gelen "-fobi" ekini kullanmalarını yasakladı. Haber kuruluşunun bu yasaklamasının nedeni, son ekin bu tür kullanımlarının -örneğin "homofobi", "yabancı düşmanlığı", "İslamofobi" ve "transfobi"- ön yargılı insanlara yanlış bir şekilde zihinsel bir engel atfederek muhabirlere (ve topluma) bir bilgi önermesiydi (Hess, 2016).

**sosyal kaygı bozukluğu** Utanç duygusunun ortaya çıkabileceği sosyal veya performans durumlarında ciddi ve kalıcı bir korku.

ve cesaretlendirir, sonunda grubun güvenliğinden uzaklaşıp kendi başlarına maruz kalma görevlerini yerine getirmeleri için birbirlerini ikna ederler. *Evde kendi kendine yardım programlarında* klinisyenler hastalara ve ailelerine maruz bırakma tedavilerini kendilerinin uygulaması için ayrıntılı talimatlar verir.

Maruz bırakma tedavisi gören agorafobik hastaların yaklaşık yüzde 70'i için halka açık alanlara gitmek daha kolay oluyor ve bu iyileşme yıllarca devam ediyor (Gloster ve diğerleri, 2017, 2015, 2014; Craske ve Barlow, 2014). Ne yazık ki bu iyileşmeler genellikle tam olmaktan ziyade kısmi de olabilir yani başarılı bir şekilde tedavi edilen hastaların yarısı kadarında nüksler/tekrarlar olabilir ancak bu insanlar tekrar tedavi edilirlerse önceki kazanımlarını kolayca elde edebilirler. Agorafobisine panik bozukluğun eşlik ettiği kişilerin diğerlerine göre yalnızca maruz bırakma terapisinden daha az fayda sağladığı görülmektedir (Craske, 2017). Panik bozukluğu tedavilerini incelerken bu gruba daha yakından bakacağız.

## ...ÖZETLE...

**FOBİLER** Fobi belirli bir nesne, aktivite veya durumla ilgili şiddetli, sürekli ve mantıksız bir korkudur. Fobilerin iki ana kategorisi, özgül fobiler ve agorafobidir. Bilişsel-davranışçı kuramcılar, fobilerin genellikle klasik koşullanma veya model olma yoluyla çevreden öğrenildiğine ve kaçınma davranışlarıyla sürdürüldüğüne inanırlar.

Özgül fobiler, en başarılı şekilde maruz bırakma teknikleri -insanların korktukları nesnelerle yüzleştiği, bilişsel-davranışçı yaklaşımı- ile tedavi edilmektedir. Maruz bırakma, aşamalı ve gevşeme (duyarsızlaştırma) ile, yoğun (taşırma) veya gözlemleme (model olma) ile olabilir. Agorafobi de maruz bırakma terapisi ile etkili bir şekilde tedavi edilmektedir.

# Sosyal Kaygı Bozukluğu

Çoğu insan, başkalarıyla etkileşimde bulunurken veya başkalarının önünde konuşurken veya bir performans sergilerken rahatsız olur. Şarkıcı Adele'den aktör Johnny Depp'e kadar pek çok sanatçı ve sporcu, performanslarını sergilemeden önce önemli düzeyde kaygı yaşadıkları durumlardan bahseder. Bu tür sosyal korkular kesinlikle rahatsız edici olabilir fakat genellikle bu korkulara sahip olan insanlar yeterince işlevsellik de sergilerler.

Buna karşın **sosyal kaygı bozukluğu** olan kişiler, başkaları tarafından dikkatle incelenebilecekleri ve muhtemelen utanç duyabilecekleri sosyal veya performans durumları hakkında şiddetli, sürekli ve mantıksız kaygı yaşarlar (APA, 2013) (bk. **Tablo 4-6**). Sosyal kaygı, topluluk önünde konuşma korkusu veya başkalarının önünde yemek yeme korkusu gibi kısıtlı bir biçimde olabilir veya başkalarının önünde kötü performans sergileme korkusu gibi daha genel bir biçimde olabilir. Her iki biçimde de insanlar, kendilerini tekrar tekrar gerçekte olduklarından daha az yeterli olarak yargılarlar (bk. **Akıl ve Teknoloji**, sayfa 122).

Sosyal kaygı bozukluğu kişinin hayatını büyük ölçüde engelleyebilir (Schneier, 2017). Başkalarıyla etkileşimde bulunamayan veya toplum önünde konuşamayan bir kişi, önemli bazı sorumlulukları yerine getiremeyebilir. Halka açık yerlerde yemek yiyemeyen biri yemek davetlerini ve diğer sosyal teklifleri reddedebilir. Bu rahatsızlığı olan birçok insan korkularını gizli tuttuğu için sosyal isteksizlikleri genellikle şımarıklık, ilgi eksikliği veya düşmanlık olarak yanlış yorumlanır.

Neden profesyonel oyuncuların çoğu performans kaygısına yatkındır? İzleyicilere tekrar tekrar maruz kalmalarının terapötik bir etkisi olabilir mi?

Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri ve diğer Batı ülkelerindeki insanların yüzde 8'inin (yaklaşık bunların yüzde 60'ı kadın olmak üzere) herhangi bir yıl içinde sosyal kaygı bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır (bk. **Tablo 4-7**). Yaklaşık yüzde 13'ü bu bozukluğu yaşamlarının bir noktasında geliştirmektedir (NIMH, 2017; Bandelow ve Michaelis, 2015; Kessler ve diğerleri, 2012).

**TABLO: 4-6**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Sosyal Kaygı Bozukluğu**

| |
|---|
| 1. Bireyin başkaları tarafından değerlendirmeye maruz kalabileceği sosyal durum (lar) hakkında belirgin, aşırı ve tekrarlanan kaygı; genel olarak 6 ay veya daha uzun sürer. |
| 2. Başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme veya başkalarına karşı saldırgan olma korkusu. |
| 3. Sosyal bir duruma maruz kalmak neredeyse her zaman endişe yaratır. |
| 4. Korkulan durumlardan kaçınma. |
| 5. Ciddi sıkıntı veya bozulma. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

Yoksul insanların sosyal kaygı bozukluğu geliştirme olasılığı, zengin insanlara kıyasla yüzde 50 daha fazladır (Sareen ve diğerleri, 2011). Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların bu sorunu daha fazla yaşama olasılığı Afrika, Hispanik veya Asyalı Amerikalılardan daha yüksektir (Hofmann ve Hinton, 2014). Bu bozukluk geç çocukluk veya ergenlikte başlama eğilimindedir ve yetişkinliğe kadar devam edebilir (Schneier, 2017). Sosyal kaygı bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yüzde 40'ı şu anda tedavi görmektedir (NIMH, 2017).



Graham Denholm/Getty Images

**Göründüğünden çok daha zor** Dünyaca ünlü şarkıcı Adele, "Adele Canlı 2017" konser turu sırasında Avustralya'nın Melbourne kentinde bir stadyumda 60.000 kişinin önünde performans sergiliyor. Yetenekli sanatçının bu tür mekânlarda hayranlarını büyülerken, özellikle kalabalıkların önünde şarkı söylerken şiddetli performans kaygısı ve buna bağlı panik ataklarla yıllarca mücadele ettiğine inanmak zor.

## Sosyal Kaygı Bozukluğuna Ne Sebep Olur?

Sosyal kaygı bozukluğuna ilişkin önde gelen açıklama, bilişsel davranışçı kuramcıları tarafından ortaya atılmıştır (Hofmann, 2018; Heimberg ve diğerleri, 2010). Açıklama hem bilişsel hem de davranışsal faktörlerin etkileşimini içerir. Bölüm 2'de okuduğunuz gibi bilişsel davranışçı kuramcılar, bu bozukluğa sahip kişilerin sosyal alanla ilgili bir takım işlevsiz inanç ve beklentiye sahip olduğu iddiasıyla başlar. Bu işlevsiz inanç ve beklentiler arasında şunlar bulunabilir:

- Gerçekçi olmayacak düzeyde yüksek sosyal standartlar benimsemek ve bu nedenle sosyal ortamlarda mükemmel performans göstermeleri gerektiğine inanmak
- Çekici olmayan sosyal varlıklar olduklarına inanmak
- Sosyal olarak vasıfsız ve yetersiz olduklarına inanmak
- Sosyal ortamlarda her zaman beceriksiz davranma tehlikesi içinde olduklarına inanmak
- Sosyal durumlarda beceriksiz davranışların kaçınılmaz olarak korkunç sonuçlara yol açacağına inanmak
- Sosyal durumlarda ortaya çıkan kaygı duygusu üzerinde hiçbir kontrolleri olmadığına inanmak

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerin bu inançlar nedeniyle, sosyal felaketlerin gerçekleşeceğini beklemeye devam ettiklerini, sosyal etkileşimlerinde olayların ne kadar kötüye gidebileceğini abarttıklarını ve çoğu sosyal durumdan korktuklarını savunurlar (Hofmann, 2018; Gavric ve diğerleri, 2017). Dahası, bu tür felaketlerin önlenmesini veya azaltılmasını sağlamak için "kaçınma" ve "güvenlik" davranışları gerçekleştirmeyi öğrenirler (Mesri vd., 2017). Kaçınma davranışları, örneğin partilerden kaçmayı veya yeni iş arkadaşları veya tanıdıklarla etkileşimden kaçınmayı içerir. Güvenlik davranışları arasında yüzlerinin kızardığını göstermemek için makyaj yapmak veya titreyen ellerini gizlemek için eldiven giymek yer alır. Bu tür davranışlar, kaygı duygularını ve rahatsız edici karşılaşmaların sayısını azaltarak pekiştirilir.

Araştırmacılar, sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerin gerçekten de yukarıda listelenen inançları, beklentileri, yorumları, duyguları ve davranışları sergilediklerini bulmuşlardır (Parsons ve diğerleri, 2017; Thurston ve diğerleri, 2017). Bu işlevsel

TABLO: 4-7

### Kaygı Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun Profili

| | Bir Yıllık Yaygınlık | Kadınların Erkeklere Oranı | Tipik Başlangıç Yaşı | Yakın Akrabalarda Görülme Yaygınlığı | Şu anda Klinik Tedavi Alanların Yüzdesi |
|---|---|---|---|---|---|
| Yaygın Kaygı Bozukluğu | %4.0 | 2:1 | 0-35 yaş | yüksek | %43 |
| Özgül Fobi | %10,0 | 2:1 | Değişken | yüksek | %32 |
| Agorafobi | %1,7 | 2:1 | 15-35 yaş | yüksek | %46 |
| Sosyal Kaygı Bozukluğu | %8,0 | 3:2 | 10-20 yaş | yüksek | %40 |
| Panik Bozukluk | %3,1 | 5:2 | 15-35 yaş | yüksek | %59 |
| Obsesif Kompulsif Bozukluk | %1,0-%2,0 | 1:1 | 4-25 yaş | yüksek | %40 |

Bilgi kaynağı: McCabe, 2018; Roy-Byrne, 2018; NIMH, 2017; Watterson vd., 2017; Remes ve diğerleri, 2016; Roy-Byrne, 2016; Simpson, 2016; Bandelow ve Michaelis, 2015; Phillips, 2015; Kessler ve diğerleri, 2010, 2005, 1999, 1994; Ritter ve diğerleri, 2010; Wang ve diğerleri, 2005.

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Sosyal Medya Gerginliği



Son yıllarda araştırmacılar, bilgisayar ve mobil cihaz kullanımının sosyal kaygı ve yaygın kaygı da dahil olmak üzere çeşitli kaygı bozukluklarını istemsiz bir biçimde arttırabileceğini gördüler (Gao vd., 2018; Golbeck, 2016).

Buradaki en büyük suçlu Facebook, Instagram veya Snapchat gibi sosyal medya mecralarında çok fazla zaman geçirmek gibi görünüyor. Sık sık sosyal ağ sitelerini ziyaret etmek birçok insanın desteklendiğini ve bir gruba dâhil olduğunu hissetmesine yardımcı olsa da (Hu ve diğerleri, 2017), bazıları için bu ziyaretler ciddi güvensizlik ve korku duyguları üretiyor gibi görünmektedir (Levula, Harré ve Wilson, 2018). Anketler, örneğin sosyal ağ kullanıcılarının üçte birinden fazlasının, başkalarının kendi bilgileri veya fotoğraflarını izinleri olmadan yayınlayacağına veya kullanacağına dair bir korku geliştirdiğini göstermektedir (Smith, 2014; Szalavitz, 2013). Buna ek olarak kullanıcıların dörtte biri sosyal ağlarında çok fazla kişisel bilgiyi ifşa etmek için sürekli bir baskı bir kısmı popüler olacak ve çok sayıda yorum ve "beğeni" alacak materyaller yayımlamak için yoğun bir baskı hissetmektedir. Pek çok kullanıcı, ayrıca, dâhil edilmedikleri sosyal etkinliklerle ilgili gönderileri görecek olmaktan endişe duymaktadır.



Cultura RM/Alamy

Bir çalışma, kullanıcıların üçte birinin sosyal ağlarını ziyaret ettikten sonra belirgin şekilde daha kötü hissettiğini; daha endişeli, daha kıskanç ve hayatlarından daha memnuniyetsiz olduğunu bulmuştur (Krasnova ve diğerleri, 2013). Bu duygular, özellikle kullanıcılar diğer kullanıcıların tatil fotoğraflarını gördüğünde, diğer kullanıcıların aldığı doğum günü tebriklerini okuduğunda ve başkalarının gönderileri veya fotoğrafları için kaç "beğeni" veya yorum aldığını gördüğünde tetiklenir. Bu tür deneyimler; bazı kullanıcıları, diğer sosyal medya kullanıcılarının çoğundan daha az cazip, daha az ilgi çekici veya daha az yetenekli oldukları ile ilgili endişelenmeye sevk ediyor gibi görünmektedir (Eckler, Kalyango ve Paasch, 2017; Hanna ve diğerleri, 2017).

**Sosyal ağlar tarafından tetiklenen başka olumsuz duygular geliyor mu aklınıza?**

Elbette daha önce de belirtildiği gibi günümüz kullanıcılarının çoğu sosyal ağ kullanımları hakkında daha olumlu hissetmektedir. Ancak bu insanlar bile bazı sosyal ağlardan kaynaklanan endişe ve gerginliğe sahip olabilir. Örneğin insanların yaklaşık üçte ikisi, sosyal ağ hesaplarını sürekli kontrol etmezlerse bir şeyleri gözden kaçıracaklarından gerçekten korkuyorlar - FOMO ("bir şey kaçırma korkusu") olarak bilinen bir olgu gibi (Wolniewicz ve diğerleri, 2018).

Sosyal ağ kullanımı, kaygının tek dijital kaynağı değildir. Araştırmalar, aşırı cep telefonu kullanımının da genellikle yüksek düzeyde kaygı ve gerginlikle sonuçlandığını göstermektedir (Richardson, Hussain ve Griffiths, 2018; Lepp vd., 2014; Archer, 2013). Peki neden? Bazı kuramcılar, sık sık telefon kullananların, FOMO'nun başka bir versiyonu olan arkadaşlarıyla sürekli iletişimde kalmak zorunda hissettiklerini düşünmektedir. Bazı kuramcılar ise aşırı cep telefonu kullananlarda kaygının artmasının, okulda daha düşük performans veya tek başına geçirilen güzel zamanın ve kendini yansıtmanın azalması gibi cep telefonu kullanımının diğer etkilerinin bir sonucu olduğuna inanmaktadır. Açıklama ne olursa olsun, cep telefonu kullanıcılarının üçte ikisi telefonlarını birkaç dakikalığına bile bulamadığında veya kaybettiğinde "panik" hissettiğini bildirmektedir. Birçok kişi, insanların dünyadan, arkadaşlarından ve ailelerinden koptuklarının farkına vardıklarında duydukları korkuya verilen popüler bir terim olan "nomofobi" (telefonsuz kalma fobisi) yaşar (Dasgupta ve diğerleri, 2017).

olmayan bilişler ve davranışlar, genetik yatkınlıklar, kişilik eğilimleri, biyolojik anormallikler, çocukluk çağı travmatik yaşantılar ve aşırı korumacı ebeveyn-çocuk etkileşimleri gibi faktörlere bağlanmıştır (Young vd., 2019; Schneier, 2017).

## Sosyal Kaygı Bozukluğu için Tedaviler

Son yıllarda klinisyenler sosyal kaygı bozukluğunu başarılı bir şekilde tedavi edebilmeye başlamıştır. Başarıları, kısmen, bozukluğun birbirini besleyebilecek iki farklı özelliğe sahip olduğunun giderek daha fazla fark edilmesinden kaynaklanmaktadır: (1) hastaların karşı konulamaz düzeyde sosyal korkuları vardır ve (2) genellikle konuşmaları başlatma, ihtiyaçlarını dile getirme veya başkalarının ihtiyaçlarını karşılama becerisinden yoksundurlar. Bu anlayışı benimsemiş klinisyenler artık sosyal kaygı bozukluğunu sosyal korkuları azaltmaya çalışarak veya sosyal beceriler konusunda eğitim vererek ya da her ikisiyle tedavi etmektelerdir.

**Sosyal Korkular Nasıl Azaltılır?** İlaç tedavisi genellikle sosyal korkuları hafifletmeye yardımcı olabilir (Stein, 2018; Curtiss ve diğerleri, 2017). Benzodiazepin veya antidepresan ilaç alan hastaların yüzde 55'inde bu tür korkular, plasebo ilaçları alan benzer hastaların yüzde 24'üne kıyasla bir dereceye kadar azalmıştır. Bu ilaçların, tıpkı yaygın kaygı bozukluğu vakalarında olduğu gibi sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler için hiperaktif olma eğiliminde olan beynin korku devresindeki işleyişi etkileyerek rahatlama sağladığı görülmektedir (Schneier, 2017; Brühl ve diğ., 2014).

Aynı zamanda bilişsel-davranışçı terapinin sosyal korkuları azaltmada en azından ilaç tedavisi kadar etkili olduğu kanıtlanmıştır ve bu yaklaşımla yardım edilen kişilerin, tek başına ilaçlarla tedavi edilenlere göre nüksetme olasılığı daha düşük görünmektedir (Gregory ve Peters, 2017; Thurston vd., 2017). Bu bulgu, bazı klinisyenlere sosyal korkuların tedavisinde bu terapi modelinin her zaman tek başına veya ilaçla birlikte kullanılması gerektiğini düşündürmektedir.

Bilişsel-davranışçı terapistler, daha önce açıklanan sorunlu sosyal inanç ve davranış döngüsünü bozmak için hem davranışsal hem de bilişsel teknikleri birleştirerek uygularlar. Davranışsal açıdan, fobilerde çok etkili bir müdahale olan *maruz bırakma terapisi* uygularlar. Terapistler, danışanları korktukları sosyal durumlara maruz bırakmaya ve korkuları azalırken bu durumlarda kalmaya teşvik eder. Genellikle maruz kalma aşamalıdır ve ev ödevlerini içerir. Bilişsel açıdan ise klinisyenler ve danışanlar, danışan için korkutucu sosyal durumlara maruz bırakma çalışmasında korkunç olmayan sonuçları göz önüne alarak danışanların uyumsuz inanç ve beklentilerini yeniden incelemeye ve bunlara meydan okumaya yönlendirildiği sistematik terapi konuşmaları yaparlar.

**Sosyal Beceriler Nasıl Geliştirilir?** Yine bilişsel-davranışçı terapistler tarafından yürütülen **sosyal beceri eğitiminde** birkaç teknik birleştirilir. Terapistler genellikle danışanlar için uygun sosyal davranışlar için *model* olurlar ve danışanları bu davranışları denemeye teşvik ederler. Danışanlar daha sonra terapistlerle *rol yapma uygulamaları* yaparlar ve daha etkin hâle gelene kadar yeni davranışlarını *prova ederler*. Süreç boyunca terapistler samimi ve dürüst geri bildirim verir ve danışanları etkili performanslar için *pekiştirirler* (överler).

Benzer sosyal zorlukları olan diğer insanlardan gelen pekiştirme, genellikle tek başına bir terapistin pekiştirmesinden daha güçlüdür. Bu nedenle *sosyal beceri eğitim gruplarında* ve *atılganlık eğitim gruplarında* üyeler yeni sosyal davranışları diğer grup üyeleriyle dener ve prova eder. Bu tür gruplar ayrıca sosyal olarak neyin uygun olduğu konusunda rehberlik sağlar. Araştırmaya göre hem bireysel hem de grup formatlarında uygulanan sosyal beceri eğitimi, birçok insanın sosyal ortamlarda daha iyi performans göstermesine yardımcı olmuştur (Probst vd., 2017; Beidel vd., 2014).

**sosyal beceri eğitimi** İnsanların, istenen davranışları canlandırarak ve prova ederek sosyal becerileri ve girişkenliği öğrenmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olan bir terapi yaklaşımı.

**panik atak** Aniden ortaya çıkan periyodik, kısa panik nöbetleri, dakikalar içinde zirveye ulaşır ve yavaş yavaş geçer.

## #ÖzlüSözler

"İki tür konuşmacı vardır: gergin olanlar ya da bu konuda yalan söyleyenler."

Mark Twain

## ...ÖZETLE...

**SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU** Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, başkaları tarafından dikkatle incelenebilecekleri veya utanabilecekleri sosyal veya performans durumları hakkında şiddetli ve kalıcı kaygı yaşarlar. Bilişsel-davranışçı kuramcılar, bozukluğun özellikle belirli işlevsel olmayan sosyal inanç ve beklentilere sahip olan ve bunların yerini tutan kaçınma ve güvenlik davranışlarını gerçekleştirmeyi öğrenen kişiler arasında gelişebileceğine inanmaktadır. Sosyal kaygı bozukluğunu tedavi eden terapistler, ilaç tedavisi ve/veya bilişsel-davranışçı terapi (maruz bırakma teknikleri de dahil olmak üzere) ile sosyal korkuları azaltmaya çalışırlar. Ayrıca sosyal beceri eğitimi ile danışanların sosyal becerilerini geliştirmeye çalışabilirler.

# Panik Bozukluk

Bazen bir kaygı tepkisi, insanların davranışlarının kontrolünü kaybettiği ve aslında ne yaptıklarının hemen hemen farkında olmadığı, boğucu, kâbus gibi bir panik biçimini alır. Gerçek bir tehdit aniden ortaya çıktığında herkes panikle tepki verebilir. Bununla birlikte bazı insanlar **panik atak** yaşarlar -aniden ortaya çıkan, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve yavaş yavaş geçen periyodik, kısa panik nöbetleri (APA, 2013).

## #ÖzlüSözler

"Ne bir insandan ne bir kalabalıktan ne de bir ulustan büyük bir korkunun etkisi altında iken insanca davranması veya mantıklı düşünmesi beklenebilir."

Bertrand Russell

Ataklar, şu panik belirtilerinden en az dördünü içerir: kalp çarpıntısı, ellerde veya ayaklarda karıncalanma, nefes darlığı, terleme, sıcak ve soğuk basması, titreme, göğüs ağrıları, boğulma hissi, bayılma, baş dönmesi ve gerçek olmama hissi (APA, 2013). Bir panik atak sırasında birçok insanın öleceğinden, delireceğinden veya kontrolü kaybedeceğinden korkması şaşırtıcı değildir.

*İlk panik atağım, annemle bahar tatili için seyahat ederken oldu... Ben araba sürerken... aklıma rastgele bir düşünce geldi... ve BUUUM -sanki bedenim bir davet bekliyordu ve beni tam anlamıyla bir panik atağın içine attı. Göğsümde ve sırtımda büyük hararetli adrenalin dalgalarının gezindiğini hissettim, ellerim titriyordu ve kontrolü kaybettiğim için -ne anlama geliyorsa- korkmuştum. "Kenara çekmem gerek." dedim... Nefes alabildiğimde, bir yanım panik atak geçirdiğimi biliyordu ancak bunun neden olduğu ve ne kadar hızlı gerçekleştiği ve bedenimi ve zihnimi kontrol altına aldığı konusunda tam anlamıyla şaşkına dönmüştüm... Eğer daha önce hiç panik atak geçirmediyseniz sanki biri karanlık bir sokakta önünüze atlayıp kafanıza silah dayayıp hayatınız için yalvarmanızı istiyormuşçasına korkutucu geliyor. Ondan hızlıca kaçmak ve uzaklaşmak için ne gerekiyorsa yaparsınız... Yaşadığınız panik o kadar yoğun oluyor ki doruğa ulaştığında hayatta kalma içgüdüsü devreye giriyor ve hayatta kalarak ya da zihinsel yeteneklerinizi koruyarak bu durumdan çıksanız bile tam anlamıyla kumar oynamak gibi görünüyor...*

*(LeCroy & Holschuh, 2012)*

Tüm insanların yaklaşık üçte biri hayatlarının bir döneminde bir veya daha fazla panik atak yaşar (Roy-Byrne, 2018). Bununla birlikte bazı insanlar, görünürde bir neden olmaksızın tekrar tekrar ve beklenmedik bir şekilde panik atak geçirebilir. Bu kişiler **panik bozukluğu** yaşıyor olabilirler. Panik ataklara ek olarak panik bozukluğu tanısı alan kişiler, atakların bir sonucu olarak düşünce ve davranışlarında işlevsiz değişiklikler yaşarlar (bk. **Tablo 4-8**). Örneğin ekstra ataklar yaşama konusunda sürekli endişelenebilir; bu tür atakların ne anlama geldiğiyle ilgili endişeler yaşayabilir ("Aklımı mı kaçırıyorum?") veya hayatlarını ilerde ortaya çıkabilecek atakların olasılığı etrafında planlayabilirler (APA, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki insanların yaklaşık yüzde 3,1'i herhangi bir yıl içinde panik bozukluğundan yakınır, yüzde 5'ten fazlası hayatlarının bir noktasında bunu geliştirir (Roy-Byrne, 2018; Bandelow ve Michaelis, 2015; Kessler ve diğerleri, 2012). Bozukluk geç ergenlikte veya erken yetişkinlikte ortaya çıkma eğilimindedir ve kadınlar arasında erkeklere kıyasla en az iki kat daha yaygındır. Yoksul insanların panik bozukluğu yaşama olasılığı, zengin insanlardan yüzde 50 daha fazladır (de Jonge ve diğerleri, 2016). Anketler, Amerika Birleşik Devletleri'nde bu bozukluğu olanların yüzde 59'unun şu anda tedavi altında olduğunu göstermektedir (NIMH, 2017; Wang ve diğerleri, 2005).

Panik bozukluğu yaygınlığı, Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar arasında, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ırksal-etnik azınlık gruplarından daha yüksektir (Hofmann ve Hinton, 2014). Panik atakların güncel özellikleri de bu ırk grupları arasında farklılık gösterebilir (Barrera ve diğerleri, 2010). Örneğin Asyalı Amerikalıların baş dönmesi, dengesizlik ve boğulma yaşamaları İspanyol olmayan beyaz Amerikalılara göre daha olası görünürken Afrikalı Amerikalıların bu belirtilere sahip olma olasılığı daha düşük görünmektedir.

Daha önce de okuduğunuz gibi panik bozukluğa genellikle agorafobi de eşlik eder, insanların panik belirtileri olması veya mahrum kalmaları durumunda kaçmanın zor olabileceği halka açık yerlerde bulunmaktan korktukları kapsamlı bir fobi gibi. Bu gibi durumlarda panik bozukluğu tipik olarak agorafobinin gelişmesine zemin hazırlar. Yani birden fazla öngörülemeyen panik atak yaşadıktan sonra bir kişi halka açık yerlerde yeni ataklar geçirmekten giderek daha fazla korkar.

**TABLO: 4-8**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Panik Bozukluk**

1. Öngörülemeyen panik ataklar tekrar tekrar meydana gelir.
2. Bir veya daha fazla atak, aşağıdaki semptomlardan birinden önce gelir:
   (a) atak geçirecek olmayla ilgili en az bir ay devam eden sürekli endişe
   (b) ataklarla ilişkili en az bir aylık işlevsiz davranış değişiklikleri (örneğin, yeni deneyimlerden kaçınma)

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## Biyolojik Yaklaşım

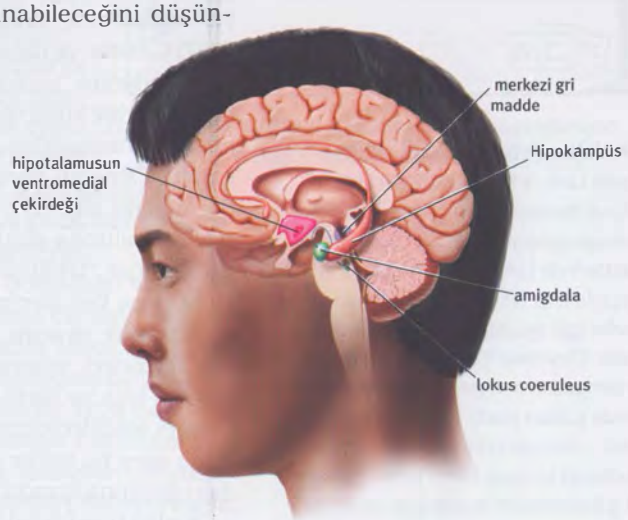
Geçtiğimiz yarım yüzyılda araştırmacılar panik bozukluğun biyolojik temelleri olduğunu ve biyolojik tedavilere de yanıt verebileceğini gördüler. Araştırmacılar, 1960'larda bu bozukluğun semptomlarının bazen antidepresan ilaçlarla özellikle de

nörotransmiterlerden *norepinefrinin* tüm beyindeki aktivitesini artıran *antidepresan ilaçlarla* hafifletildiğini keşfettiler (Klein, 1964; Klein ve Fink, 1962).

**Panik Bozukluğa Hangi Biyolojik Faktörler Katkıda Bulunur?** Panik bozukluğun biyolojisini anlamak için araştırmacıların bozukluğun belirtilerini azaltan antidepresan ilaçları keşfetmelerinden geriye doğru çalıştıklarını söylemek yanlış olmaz. Dolayısıyla ilaçların panik atakların ortadan kaldırılmasında çok yardımcı olduğu göz önüne alındığında araştırmacılar panik bozukluğun ilk etapta anormal norepinefrin aktivitesinden kaynaklanabileceğinden şüphelenmeye başladılar.

Birkaç çalışma, panik atak yaşayan insanlarda norepinefrin aktivitesinin gerçekten düzensiz olduğuna dair kanıtlar üretti. Örneğin **locus coeruleus** (beynin noradrenalin deposu olarak bilinen bölgesi), norepinefrin kullanan nöronlar açısından zengin bir beyin alanıdır ve beyindeki birçok norepinefrin kullanan nöron için bir tür "açma-kapama" anahtarı görevi görür (Hedaya, 2011). Bu alan maymunlarda elektriksel olarak uyarıldığında maymunların panik benzeri bir tepki verdikleri görülmüştü, bu da panik tepkilerin locus coeruleus'taki norepinefrin aktivitesindeki düzensizliklerle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Redmond, 1981, 1979, 1977). Benzer şekilde, başka bir araştırmada bilim adamları, insanlara norepinefrin aktivitesini bozduğu bilinen kimyasallar enjekte ederek panik atak üretebilmişlerdir (Bourin ve diğerleri, 1995; Charney ve diğerleri, 1990, 1987).

Bu bulgulara dayanarak biyolojik kuramcılar başlangıçta panik atakların locus coeruleus'taki anormal norepinefrinin aktivitesinden kaynaklanabileceğini düşündüler. Ancak daha yeni araştırmalar, bir kez daha panik atakların temelinin tek bir nörotransmiterden veya tek bir beyin yapısından daha karmaşık olduğunu göstermektedir. Panik tepkilerin *amigdala, hipokampus, hipotalamusun ventromedial çekirdeği, merkezi gri madde* ve *locus coeruleus* gibi yapılardan oluşan bir beyin devresi tarafından üretildiği de ortaya konmuştur (Roy-Byrne, 2018; Henn, 2013; Etkin, 2010) (bk. Şekil 4-3). Bir kişi korkutucu bir nesne veya durumla karşılaştığında ilk olarak amigdala uyarılır. Buna karşılık amigdala devredeki diğer beyin yapılarını uyararak geçici olarak panik reaksiyonuna çok benzeyen bir "alarmda olma ve kaçma" tepkisini (artan kalp atış hızı, solunum, kan basıncı ve benzeri) harekete geçirir (Gray ve McNaughton, 1996). Günümüz araştırmacılarının çoğu, genellikle "panik devre" olarak adlandırılan bu devrenin panik bozukluk yaşayan insanlarda aşırı etkin olma eğiliminde olduğuna inanmaktadır (Roy-Byrne, 2018).




ŞEKİL 4-3

**Paniğin Biyolojisi**

Beyindeki panik tepkilerin üretilmesine yardımcı olan devre, amigdala, hipokampus, hipotalamusun ventromedial çekirdeği, merkezi gri madde ve lokus coeruleus gibi yapıları içerir.

Panik devresindeki bazı beyin yapıları ve nörotransmiterler, daha önce tartışılan korku devresindekilerle örtüşmektedir; örneğin amigdala her devrenin bir parçasıdır. Bununla birlikte panik devresi korku devresinden daha kapsamlı görünmekte ve bazı araştırmacılar panik tepkilerin korku tepkilerinden daha karmaşık tepkiler olduğunu öne sürmektedir (Roy-Byrne, 2018).

Neden bazı insanlar aşırı etkin panik devrelerine sahip ve panik bozukluğun gelişmesine yatkın olabilir? Bir olasılık, bu tür anormallikleri geliştirme eğiliminin kalıtsal olmasıdır. Bir kez daha, eğer bir genetik faktör iş başındaysa yakın akrabalar, uzak akrabalara göre daha yüksek panik bozukluğu oranlarına sahip olmalıdır. Araştırmalar, tek yumurta ikizleri (tüm genlerini paylaşan ikizler) arasında vakaların yüzde 31'inde eğer bir ikizin panik bozukluğu varsa diğer ikizin de aynı bozukluğa sahip olduğunu bulmuştur (Roy-Byrne, 2018; Tsuang ve diğerleri, 2004; Kendler ve diğerleri, 1995, 1993). Çift yumurta ikizleri arasında (sadece bazı genlerini paylaşan), vakaların en fazla yüzde 11'inde bir ikizde panik bozukluğu varsa diğer ikizde aynı bozukluğa rastlanmıştır.

**İlaç Tedavileri** Araştırmacılar 1962'de bazı antidepresan ilaçların panik atakları önleyebileceğini veya azaltabileceğini keşfettiklerinden beri dünya çapındaki araştırmalar bu ilk gözlemleri defalarca doğrulamıştır. Çeşitli antidepresan ilaçlar, panik bozukluğu olan hastaların üçte ikisinden fazlasında en azından bir miktar iyileşme sağlamaktadır

**panik bozukluk** Tekrarlayan ve öngörülemeyen panik ataklarla kendini gösteren bir anksiyete bozukluğu.

**locus coeruleus** Duyguların düzenlenmesinde aktif gibi görünen beynin küçük bir alanı. Nöronlarının çoğu norepinefrin kullanıyor.

**biyolojik uyarım testi** Katılımcılara veya danışanlara güçlü bir şekilde egzersiz yaptırarak veya potansiyel olarak paniğe neden olan başka bir görevi yerine getirmelerini sağlayarak bir araştırmacı veya terapistin varlığında panik yaratmak için kullanılan bir prosedür.

**anksiyete duyarlılığı** Kişinin bedensel hislerine odaklanma, bunları mantıksız bir şekilde değerlendirme ve zararlı olarak yorumlama eğilimi.

ve bu iyileşme, ilaçlara devam edildiği sürece devam edebilir (Roy-Byrne, 2017; Cuijpers ve diğerleri, 2014). Bu antidepresan ilaçlar, *serotonin* ve *norepinefrin* nörotransmiterlerinin locus coeruleus ve panik devresinin diğer kısımlarındaki aktivitesini artırarak panik atakları önlemekte veya azaltmakta, böylece devrenin aşırı aktif olma eğilimini düzeltmeye yardımcı olmaktadır (Gerez ve diğerleri, 2016; Duval ve diğerleri, 2015). Araştırmacılar ayrıca *alprazolam* (Xanax) ve diğer güçlü benzodiazepin ilaçların, bağımlılık yapma ve başka riskler oluşturma potansiyelleri nedeniyle antidepresanlardan daha az kullanılmalarına rağmen birçok panik bozukluğu vakasında etkili olabileceğini keşfetmişlerdir. Bu farklı antidepresan ilaçlar ve benzodiazepinler, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu vakalarında da faydalı bulunmaktadır.

## Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, biyolojik faktörlerin panik atakların nedenlerinin yalnızca bir parçası olduğunu savunurlar. Onlara göre tam panik tepkileri, yalnızca bedenlerinde meydana gelen fizyolojik olayları daha da *yanlış yorumlayan* kişiler tarafından deneyimlenir. Bilişsel-davranışçı tedaviler, bu tür yanlış yorumlamaları düzeltmeyi amaçlamaktadır.

### Bilişsel-Davranışçı Açıklama: Bedensel Duyumları Yanlış Yorumlama

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, paniğe yatkın insanların belirli bedensel duyumlara çok duyarlı olabileceğine inanırlar; bu tür duyumları beklenmedik bir şekilde deneyimlediklerinde, onları tıbbi bir felaketin belirtileri olarak yanlış yorumlarlar (Craske, 2017; Gloster ve diğerleri, 2017, 2014). Paniğe yatkın olan kişiler, beden duyumlarının olası nedenini "yediğim bir şeyden" veya "patronla kavga etmekten" şeklinde yorumlamak yerine kontrolü kaybetme konusunda giderek daha fazla dikkat eder, en kötüsünün yaşanmasından korkar; tüm değerlendirme yeteneğini kaybeder ve hızla paniğe kapılır. Örneğin panik bozukluğu olan birçok kişi, stresli durumlarda "aşırı hızlı ve derin nefes alıp veriyor" gibi görünür. Anormal nefes alıp verme, insanların boğulma tehlikesi altında olduklarını düşünmelerine neden olur, bu yüzden paniğe kapılırlar. Bu ve diğer "tehlikeli" duyumların her an geri gelebileceği inancını daha da pekiştirir ve böylece kendilerini gelecekte olacak panik ataklara hazırlarlar.

**Biyolojik uyarım testlerinde** araştırmacılar, katılımcılara ilaçlar vererek veya nefes alıp vermeleri, egzersiz yapmaları ya da sadece belirli şekillerde düşünmeleri talimatını vererek hızlı ve derin nefes alıp verme veya diğer biyolojik duyumları ortaya çıkarırlar. Tahmin edebileceğiniz gibi panik bozukluğu olan katılımcılar bozukluğu olmayan katılımcılara göre bu testler sırasında, özellikle de bedensel duyumlarının tehlikeli veya kontrol dışı olduğuna inandıklarında daha fazla endişelenirler (Leibold ve diğerleri, 2017).

Neden bazı insanlar bu tür yanlış yorumlamalara meyilli olabilir? Bir olasılık, paniğe yatkın bireyler aslında diğer insanlardan daha sık veya yoğun bedensel duyumlar deneyimler de ondan. Gerçekte panik bozukluklarında en çok yanlış yorumlanan duyum türleri, kandaki karbondioksit seviyesinin artışı, kan basıncındaki değişimler ve kalp atış hızındaki artış, beynin panik devresi ile ilişkili bölümü tarafından kontrol edilen bedensel olaylar gibi görünmektedir -ve sizin de hatırlayacağınız gibi panik bozukluğu olan kişilerde panik devresi aşırı aktiftir (Lieberman ve diğerleri, 2017). Bazı araştırmalarla desteklenen bir başka olasılık da, paniğe yatkın kişilerin yaşamları boyunca diğer insanlardan daha fazla travmatik olay yaşamış olmalarıdır ve bu da bir felaket olacağı ile ilgili daha fazla beklentiye sahip olmalarına neden olabilir (Asselmann ve diğerleri, 2018; De Cort ve diğerleri. , 2017). Bu tür yanlış yorumlamaların kesin nedeni ne olursa olsun bunlar bir kez yerleştiğinde, yaşamdaki davranışları ve seçimleri giderek daha fazla yönlendirirler. Örneğin paniğe yatkın kişiler, bedensel duyumlarını kontrol etmeye yardımcı olan kaçınma ve güvenlik davranışlarını sergilemeyi daha kolay öğrenebilirler. Baygın hissetmekten kaçınmak için tekrar tekrar insanlara veya nesnelere tutunabilirler veya kalp

**"Aniden ortaya çıktı"** All Star Kevin Love, 5 Kasım 2017'deki bu Ulusal Basketbol Birliği maçında pas atmaya çalışıyor. Oyunun ilerleyen saatlerinde Love, ilk kez bir panik atak geçirdi, bazı testler ve değerlendirmeler için oyundan ayrılmak zorunda kaldı. Cleveland Cavaliers oyuncusu o zamandan beri geçirdiği atak hakkında şunları yazdı: "Bir anda ortaya çıktı... Ama gerçekti -kırık bir el veya burkulan bir ayak bileği kadar gerçekti. O günden beri ruh sağlığım hakkında düşünme şeklimle ilgili hemen hemen her şey değişti." (Ducharme, 2018)




AP Photo/Tony Dejak, File

atış hızındaki endişe verici artışı önlemek için yavaş hareket edebilir veya çoğu zaman hareketsiz oturabilirler (Craske, 2017).

Bu tür hatalı yorumlar göz önüne alındığında paniğe yatkın bireylerin genellikle yüksek derecede **kaygı duyarlılığı** denen şeye sahip olması şaşırtıcı değildir yani çoğu zaman bedensel duyumlarına odaklanırlar, bu duyumları mantıklı bir şekilde değerlendiremezler ve potansiyel zararlı duyumlar olarak yorumlarlar. Araştırmalar, kaygı duyarlılığı anketlerinden yüksek puan alan kişilerin panik bozukluğu geliştirme olasılığının diğer insanlardan beş kat daha fazla olduğunu bulmuştur (Hawks ve diğerleri, 2011; Maller ve Reiss, 1992). Diğer çalışmalar, panik bozukluğu olan bireylerin tipik olarak diğer insanlara göre daha yüksek kaygı duyarlılığı puanlarına sahip olduğunu bulmuştur (Kim ve diğerleri, 2017).

**Bilişsel Davranışçı Terapi** Bilişsel-davranışçı terapistler, insanların bedensel duyumlarına ilişkin yanlış yorumlamalarını düzeltmek için farklı tekniklerin kombinasyonunu kullanır (Craske, 2017). İlk olarak danışanları panik atakların genel doğası, bedensel duyumların gerçek nedenleri ve danışanların bu duyumları yanlış yorumlama eğilimleri hakkında eğitirler. Daha sonra danışanlara stresli durumlarda daha doğru yorumlar yapmayı öğretirler, böylece erken bir aşamada paniklemeye serisine kısa devre yaptırırlar. Terapistler ayrıca danışanlara kaygıyla daha iyi başa çıkma yollarını -örneğin gevşeme ve nefes alma teknikleri kullanarak- ve belki de biriyle bir konuşma başlatarak kendilerini beden duyumlarından uzaklaştırmanın yollarını öğretebilirler.




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Hafta sonları tüm dikkatimi dağıtan şeylerden uzakta panik olabilmeyi seviyorum."*

Buna ek olarak bilişsel-davranışçı terapistler genellikle panik duyumlarını ortaya çıkarmak için biyolojik uyarım testlerini kullanırlar, böylece danışanların yeni yorumlarını ve becerilerini dikkatli bir gözetim altında uygulayabilmelerini sağlamış olurlar (Gloster ve diğerleri, 2017, 2014). Örneğin atakları tipik olarak hızlı kalp atışıyla tetiklenen kişilere, birkaç dakika boyunca zıplamaları veya bir kat merdiven çıkmaları talimatı verilebilir. Daha sonra ortaya çıkan duyumlarına kapılmadan bu duyumları uygun şekilde yorumlama alıştırması yapabilirler.

Bir araştırmaya göre bilişsel-davranışçı tedavi genellikle panik bozukluğu olan kişilere yardımcı olur (Craske, 2017; Cuijpers ve diğerleri, 2016). Dünya çapında yapılan çalışmalarda bu tedaviyi alan katılımcıların en az üçte ikisi panikten kurtulmaktadır, kontrol katılımcılarının ise sadece yüzde 13'ü kurtulmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapinin panik bozukluğunun tedavisinde en azından antidepresan ilaçlar veya benzodiazepinler kadar yararlı olduğu, bazen daha da fazla yardımcı olduğu kanıtlanmıştır (Roy-Byrne ve Craske, 2017). Hem bilişsel-davranışçı hem de ilaç tedavilerinin etkililiği göz önüne alındığında birçok klinisyen, başarılı bir şekilde bunları birleştirmeye çalışmıştır (Choi, Lee ve Cho, 2017). Benzer şekilde araştırmalar bilişsel-davranışçı terapi, ilaç tedavisi veya bu yaklaşımların bir kombinasyonunun hem panik bozukluğu hem de agorafobisi olan bireylere yardımcı olduğunu göstermektedir (Craske, 2017; Roy-Byrne, 2017).

## ...ÖZETLE...

**PANİK BOZUKLUK** Panik ataklar; aniden ortaya çıkan, periyodik, bağımsız panik nöbetleridir. Panik bozukluğu hastaları, görünürde bir neden olmaksızın tekrar tekrar ve beklenmedik şekilde panik ataklar yaşarlar. Panik bozukluğuna bazı durumlarda agorafobi de eşlik edebilir ve bu da iki tanıya yol açar.

Pek çok biyolojik kuramcı, panik bozukluğun hiperaktif bir panik devresinden, amigdala, hipokampus, hipotalamusun ventromedial çekirdeği, merkezi gri madde ve locus seruleus gibi yapıları içeren bir beyin devresinden kaynaklandığına inanmaktadır. Biyolojik terapistler, bu bozukluğu olan insanları tedavi etmek için belirli antidepresan ilaçlar veya benzodiazepinler kullanır.

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, paniğe yatkın insanların bazı bedensel duyumlarıyla meşgul olduklarını ve onları tıbbi felaketin belirtileri olarak yanlış yorumladıklarını öne sürerler. Bu kişiler bunun sonucunda panik atak geçirirler, bedensel duyumlarını kontrol etmeye yardımcı olan kaçınma ve güvenlik davranışlarını sergilemeyi öğrenirler ve bazı durumlarda panik bozukluğu geliştirirler. Bilişsel davranışçı terapistler, danışanlara fiziksel duyumlarını daha doğru yorumlamayı ve kaygı ile daha iyi başa çıkmayı öğretir.

# Obsesif Kompulsif Bozukluk

**Obsesyonlar**; bir kişinin zihnini ele geçiriyor gibi görünen ısrarcı düşünceler, fikirler, dürtüler veya imgelerdir. **Kompulsiyonlar**, insanların kaygılarını önlemek veya azaltmak için gerçekleştirmek zorunda hissettikleri tekrarlayıcı ve katı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. **Şekil 4-4'te** gösterildiği gibi hafif düzeydeki obsesyonlara ve kompulsiyonlara hemen hemen herkes aşinadır. Kendinizi yaklaşan bir performans ya da sınav hakkında düşüncelerle dolu bulabilir ya da ocağı kapatmayı ya da kapıyı kilitlemeyi unutup unutmadığınız hakkında endişelenebilirsiniz. Yerdeki çatlamış karolara basmaktan kaçındığınızda, kara kedilerden uzaklaştığınızda veya dolabınızı belirli bir düzende tuttuğunuzda kendinizi daha iyi hissedebilirsiniz. Ancak bu türden tekrarlayan düşünceler veya davranışlar, tam olarak bir anormalliğin yansıması değildir.




ŞEKİL 4-4

## Normal Rutinler

Çoğu insan, günlük aktiviteleri gerçekleştirirken belirli rutinleri takip etmeyi rahatlatıcı bulur ve aslında rutinlerinden ayrılmaları gerektiğinde yüzde 40'ı rahatsız olur (Bilgiler: Kanner, 2005, 1998, 1995).

DSM-5'e göre **obsesif kompulsif bozukluk** tanısı, obsesyonlar veya kompulsiyonlar aşırı veya mantıksız bir hâle geldiğinde, büyük ölçüde sıkıntıya neden olduğunda, çok zaman aldığında ve günlük işlevleri engellendiğinde konulur (bk. **Tablo 4-9**). Obsesif kompulsif bozukluk DSM-5'te kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılmasa da kaygı bu sorunda önemli bir rol oynamaktadır. Obsesyonlar insanda yoğun kaygıya neden olurken kompulsiyonlar da kaygıyı önlemeye veya azaltmaya yöneliktir. Ek olarak bir kişi obsesyonlarına veya kompulsiyonlarına direnmeye çalışırsa da kaygısı artar.

Bu bozukluk tanısı olan bir kişi şöyle söylemiş: "Evdeki her şeyin yerinde olduğundan emin olmadığım sürece uyuyamıyorum, böylece sabah kalktığımda ev düzenli olsun. Yatmadan önce her şeyi düzeltmek için deli gibi uğraşıyorum ama sabah kalktığımda hala yapmam gereken binlerce şey olduğunu hissediyorum... Bir şeyin yapılması gerektiğini ve henüz yapmamış olduğumu fark etmeye dayanamıyorum." (McNeil, 1967, s. 26-28) Araştırmalar bazı diğer psikolojik sorunların özellikleri, nedenleri ve tedaviye yanıt vermeleri açısından obsesif kompulsif bozuklukla yakından ilişkili olduğunu ve bu nedenle, göreceğiniz gibi, DSM-5'in onları obsesif kompulsif bozuklukla birlikte gruplandırdığını göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerdeki insanların yüzde 1 ila 2'si herhangi bir yılda obsesif-kompulsif bozukluk sorunu yaşamaktadır (Simpson, 2017; Kessler ve diğerleri, 2012). İnsanların yüzde 3 kadarı bu bozukluğu yaşamlarının bir noktasında yaşayabilir. Obsesif kompulsif bozukluk erkeklerde ve kadınlarda ve farklı ırk ve etnik gruplardan insanlar arasında eşit derecede yaygındır. Bu sorun, genellikle çocuklukta veya genç yetişkinlikte başlar (Chou ve diğerleri, 2017) ve genellikle uzun yıllar devam eder ancak belirtileri ve şiddeti zamanla değişiklik gösterebilir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin yüzde 40'ı tedavi görmektedir ve birçoğunun tedavi almaya karar verme süresi de görece uzundur (Phillips, 2015; Patel ve diğerleri, 2014).

## Obsesyon ve Kompulsiyonların Özellikleri Nelerdir?

Obsesif düşünceler, onları deneyimleyen insanlar için hem davetsizce akla gelen hem de yabancı nitelikte düşüncelerdir. Bu düşünceleri görmezden gelme veya bunlara direnme girişimleri daha da fazla endişe uyandırabilir ve bu düşünceler çok geçmeden her zamankinden daha güçlü bir şekilde geri gelirler. Obsesyonları olan insanlar genellikle düşüncelerinin abartılı olduğunun tamamen farkındadır.

Obsesif düşünmeden rahatsız olan çoğu insanın düşüncelerinde bazı tipik temalar vardır (Schwartzman vd., 2017; Simpson, 2017). En yaygın tema, bulaşma veya kirlenme gibi görünmektedir. Diğer yaygın olan temalar arasında şiddet ve saldırganlık, düzen, din ve cinsellik de yer almaktadır. Bu tür temaların yaygınlığı kültürden kültüre değişiklik gösterebilir (McIngvale ve diğerleri, 2017). Örneğin din ile ilgili obsesyonlar, katı ahlaki kurallara ve dinî değerlere sahip kültürlerde veya ülkelerde daha yaygın görünmektedir.

TABLO: 4-9

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Obsesif Kompulsif Bozukluk |
|---|
| 1. Tekrarlanan obsesyon, kompulsiyon veya her ikisinin birden ortaya çıkması. |
| 2. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar oldukça zaman alır. |
| 3. Ciddi sıkıntı veya bozulma. |

Bilgi: APA, 2013.

Kompulsiyonlar birçok yönden obsesyonlara benzer. Örneğin kompulsif davranışlar teknik olarak istemli yapılan kontrol davranışları olsa da bu davranışları yapmak zorunda hisseden insanlar bu konuda genelde kendilerini zorunlu hissederler. Bu bireylerin çoğu davranışlarının mantıksız olduğunun farkındadır ancak aynı zamanda kompulsiyonları yerine getirmezlerse korkunç bir şeyin olabileceğine inanırlar. Kompulsif bir davranışta bulunduktan sonra genellikle kısa bir süre daha az endişeli hissederler. Bazı insanlar için kompulsif davranışlar ayrıntılı *ritüellere* dönüşür. Ritüel denince kastedilen, bu kişilerin belirli kurallara göre her seferinde tamamen aynı şekilde davranmalarıdır.

Obsesyonlar gibi kompulsiyonlar da farklı biçimler alır. *Temizlik kompulsiyonları* çok yaygındır. Bu kompulsiyonlara sahip insanlar kendilerini, kıyafetlerini veya evlerini temizlemeye devam etmek zorunda hissederler. Temizlik, ritüel kuralları takip edebilir ve günde onlarca veya yüzlerce kez tekrarlanabilir. *Kontrol etme kompulsiyonları* olan kişiler, her şeyin olması gerektiği gibi olduğundan emin olmak için aynı ögeleri -kapı kilitleri, gaz vanaları, önemli belgeler- tekrar tekrar kontrol ederler. Diğer bir yaygın kompulsiyon, düzen veya denge aramaya yönelik sürekli bir çabadır. Bu kompulsiyona sahip kişiler, belirli eşyaları (giysiler, kitaplar, yiyecekler) katı kurallara uygun olarak mükemmel bir sırayla yerleştirmeye çalışırlar. *Dokunma, sözler söyleme ve sayı sayma kompulsiyonları* da yaygın kompulsiyonlardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin bazıları yalnızca obsesyon veya yalnızca kompulsiyon yaşasa da genelde çoğu ikisini birden yaşar. Aslında kompülsif davranışlar genellikle obsesif düşüncelere verilen bir tepki gibi görülebilir. Bir çalışma çoğu vakada kompulsiyonların obsesif şüphelere, fikirlere veya dürtülere *yol açtığını* göstermiştir (Akhtar ve diğerleri, 1975). Evinin güvenli olduğundan şüphe duyan bir kadın, kapı kilitlerini ve gaz vanalarını defalarca kontrol ederek bu obsesif şüpheye boyun eğebilir veya kirlenmekten obsesif bir şekilde korkan bir adam, temizlik ritüelleri uygulayarak bu korkuya cevap verebilir. Aynı çalışma ayrıca kompulsiyonların bazen obsesyonları *kontrol etmeye* yardımcı olduğunu da bulmuştur. Bir genç, sayma ve sözler söyleme gibi ritüeller aracılığıyla obsesif bulaşma korkularını nasıl kontrol etmeye çalıştığını anlatıyor:

| | |
|---|---|
| Danışan: | *Eğer mikroplar veya hastalıklarla ilgili bir kelime duyarsam, bunu kötü bir şey olarak varsayarım ve bu yüzden zihnimden bazı şeyler geçiririm; bu kelimeyi zihnimden geçirerek "yapmam gerekenler listesindeki bir işi daha yapmış" gibi hissederim ve tamamlanmış olur* |
| Görüşmeci: | *Bu gibi durumlarda ne tür şeyler geçirirsin zihninden?* |
| Danışan: | *Bir çeşit koruyucu olabilecek sayılar veya kelimeler.* |
| Görüşmeci: | *Hangi sayılar ve kelimeler mesela?* |
| Danışan: | *3 sayısı ile başlarım ve 3'ün katları şeklinde saymaya devam ederim ve sonra "sabun ve su" gibi kelimeler olur, sonrasında 3'ün katları şeklinde saymam o kadar çok artar ki 124'e veya benzer sayıya bir şeye ulaşabilir. Ama o zamanlar çok kötü olurum.* |

*(Spitzer ve diğerleri, 1981, sayfa 137)*

Obsesif-kompulsif bozukluk, bir zamanlar psikolojik sorunlar içinde en az anlaşılanlar arasında yer almaktaydı. Fakat son yıllarda araştırmacılar bu konuda daha fazla şey öğrenmeye başladılar. En etkili açıklamalar ve tedaviler psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve biyolojik modellerden ortaya çıkmaktadır.

## Psikodinamik Yaklaşım

Bildiğiniz gibi psikodinamik kuramcılar, çocuklar kendi id dürtülerinden korkmaya başladıklarında ve ortaya çıkan kaygıyı azaltmak için ego savunma mekanizmalarını kullandıklarında bir kaygı bozukluğunun geliştiğine inanır. Bu kuramcılara göre obsesif-kompulsif bozukluğu diğer kaygı bozukluklarından ayıran şey, kaygı uyandıran id dürtüleri ile kaygıyı azaltan savunma mekanizmaları arasındaki savaşın bilinçaltında değil, açık düşünce ve eylemlerde gerçekleşiyor olmasıdır. İd dürtüleri

**obsesyon** Sürekli olarak deneyimlenen, zihne zorla girmeye çalışıyormuş gibi hissettiren ve kaygıya neden olan ısrarcı bir düşünce, fikir, dürtü veya görüntü.

**kompulsiyon** Kaygıyı önlemek veya azaltmak için bir kişinin gerçekleştirme dürtüsünü hissettiği tekrarlayan ve katı davranış veya zihinsel eylem.

**obsesif kompulsif bozukluk** Kişinin tekrarlayan obsesyonlara, kompulsiyonlara veya her ikisine birden sahip olduğu bir bozukluk.



Jim Spellman/Getty Images

**Kişisel bilgi** HBO'nun hit dizisi Girls (2012–2017) Hannah Horvath ve arkadaşlarının yirmili yaşlarında "her seferinde bir hata" yaparak verdiği mücadeleleri konu etmiştir. Şovun yaratıcısı ve yıldızı Lena Dunham, Hannah'nın yaşadığı zorlukların genellikle kendi gerçek hayat deneyimlerinden ilham aldığını söylüyor, buna çocukluğunda OKB ve anksiyete ile mücadelesi de dâhil.

**etkisiz hâle getirmek** Bir kişinin istenmeyen düşünceleri, kabul edilemez düşünceleri telafi ederek, içsel olarak sorunları düzeltecek şekilde düşünerek veya davranarak ortadan kaldırma girişimi.

**tepki önlemeli maruz bırakma** Danışanı anksiyete uyandıran düşüncelere veya durumlara maruz bırakan ve daha sonra danışanın kompulsif eylemlerini gerçekleştirmesini engelleyen obsesif kompulsif bozukluğu tedavi etmek için kullanılan bilişsel davranışçı bir teknik. Ayrıca ritüel önlemeli maruz bırakma olarak da adlandırılır.

genellikle obsesif düşünceler biçimini alır ve ego savunmaları karşıt düşünceler veya kompulsif davranışlar olarak görünür. Örneğin annesini sürekli bir yeri kesilmiş ve kan kaybederek yerde yatarken hayal eden bir kadın, evin her yerinde tekrarlayıcı güvenlik kontrolleri ile bu düşüncelere karşı çıkabilir.

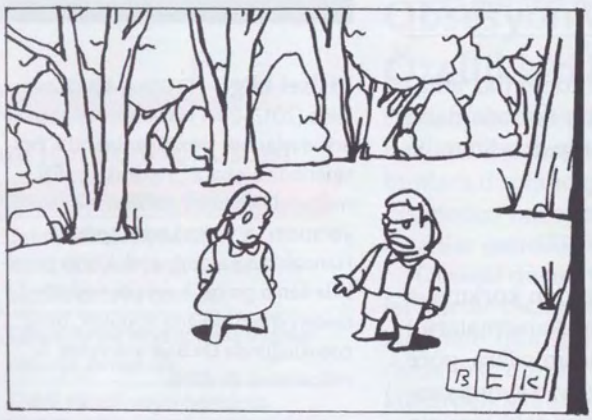
Sigmund Freud, obsesif-kompulsif bozukluğun izini gelişimin *anal döneminde* (yaklaşık 2 yaşında ortaya çıkan) arar. Bu aşamada bazı çocukların olumsuz tuvalet eğitimi deneyimleri nedeniyle yoğun öfke ve utanç yaşadıklarını öne sürmüştür. Diğer psikodinamik kuramcılar ise bunun yerine bu tür erken öfke tepkilerinin güvensizlik duygularından kaynaklandığını iddia etmiştir (Erikson, 1963; Sullivan, 1953; Horney, 1937). Her iki açıklamaya göre de bu çocuklar tekrar tekrar güçlü şekilde saldırganlık içeren id dürtülerini ifade etme ihtiyacı hissederken aynı zamanda bu dürtüleri dizginlemeye ve kontrol etmeye çalışmaları gerektiğini bilirler. İd ve ego arasındaki bu çatışma devam ederse sonunda obsesif-kompulsif bozukluğa dönüşebilir. Genel olarak bazı araştırmalar psikodinamik açıklamayı destekler niteliktedir (Goodman, 2017; Busch ve diğerleri, 2010).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaları tedavi ederken psikodinamik terapistler, serbest çağrışım ve terapist yorumlamasının geleneksel tekniklerini kullanarak bireylerin temelde yatan çatışmaları ve savunmalarını ortaya çıkarmasına ve üstesinden gelmesine yardımcı olmaya çalışır. Diğer yandan bilimsel araştırmalar, geleneksel psikodinamik yaklaşımın obsesif kompulsif bozukluğun tedavisine yardımcı olduğuna dair çok az kanıt ortaya koymuştur (Goodman, 2017; Fonagy, 2015). Bu nedenle bazı psikodinamik terapistler şimdi bu hastaları, Bölüm 2'de gördüğünüz gibi klasik tekniklere kıyasla daha doğrudan ve eylem odaklı olan kısa süreli psikodinamik terapilerle tedavi etmeyi tercih etmektedir.

## Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, obsesif-kompulsif bozukluk açıklamalarına herkesin tekrarlayan, istenmeyen ve zihne davetsizce gelen düşüncelere sahip olduğuna işaret ederek başlarlar. Örneğin herkesin başkalarına zarar verme veya mikroplar tarafından kirlenme düşüncesi olabilir ancak çoğu insan bu düşünceleri kolaylıkla reddeder veya görmezden gelir. Fakat bu bozukluğa sahip olanlar, genellikle bu tür düşünceler için kendilerini suçlarlar ve bir şekilde korkunç şeylerin olmasını beklerler (Salkovskis ve diğerleri, 2017, 2003; Salkovskis, 1999, 1985). Bu tür olumsuz sonuçlardan kaçınmak için düşünceleri **etkisiz hale getirmeye** çalışırlar -sorunları yoluna koyacak veya telafi edecek şekilde düşünmek veya davranmak.

Düşünceleri etkisiz hâle getirme davranışları başkalarından özel güvence istemeyi, kasıtlı olarak "iyi" şeyler düşünmeyi, ellerini yıkamayı veya olası tehlike kaynaklarını kontrol etmeyi içerebilir. Etkisizleştirme çabası, hissedilen rahatsızlıkta geçici bir azalmaya neden olduğunda daha da güçlenir ve muhtemelen tekrarlanır (Goodman, 2017). Sonunda obsesif düşünceyi etkisiz hâle getirmek için kullanılan düşünce veya yapılan eylem o kadar sık kullanılır ki tanımı gereği bir obsesyon veya kompulsiyon hâline gelir. Aynı zamanda birey, hoş olmayan davetsiz düşüncelerinin tehlikeli olduğuna giderek daha fazla ikna olur. Kişinin bu tür düşüncelere ilişkin korkusu arttıkça düşünceler daha sık zihne gelmeye başlar ve onlar da obsesyon hâline gelir.




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Gretel, ben bu korku kültüründe yaşamayı sevmiyorum."*

Bu açıklamayı destekleyen araştırmalar, obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerin diğer insanlardan daha sık davetsiz düşüncelere sahip olduklarını, daha ayrıntılı etkisiz hâle getirme stratejilerine başvurduklarını ve etkisiz hâle getirme tekniklerini kullandıktan sonra kaygılarında azalma yaşadıklarını bulmuştur (Salkovskis ve diğerleri, 2017, 2003 ; Jacob ve diğerleri, 2014).

Herkesin bazen istenmeyen düşünceleri olsa da sadece bazı kişilerde obsesif-kompulsif bozukluk gelişir. Bu bireyler neden bu normal düşünceleri başlangıçta bu kadar rahatsız edici buluyor?

Araştırmacılar; bu popülasyonun (1) olağanüstü yüksek ahlaki standartlara sahip olma, (2) akla davetsizce gelen olumsuz düşüncelerin gerçek hayatta öyle davranmakla eş değer olduğuna ve zarar verebileceğine inanma -buna *düşünce-eylem kaynaşması* adı verilir- ve (3) hayatlarında tüm düşünceleri ve davranışları üzerinde mükemmel kontrole sahip olmaları gerektiğine inanma eğiliminde olduğunu bulmuşlardır (Schwartzman vd., 2017; Simpson, 2017).

Bilişsel-davranışçı terapistler, obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarını tedavi etmek için farklı tekniklerin kombinasyonunu kullanır. Danışanlarını eğiterek başlar; önce istemdışı düşüncelerin yanlış yorumlanmasının, aşırı sorumluluk duygusunun ve etkisiz hâle getirme davranışlarının belirtilerini ortaya çıkarmaya ve sürdürmeye nasıl yardımcı olduğuna işaret eder. Terapistler daha sonra danışanlara çarpıtılmış bilişlerini tanımlamaları ve bunlara meydan okumaları için rehberlik eder. Danışanlar giderek artan bir şekilde, obsesif düşüncelerinden sorumlu olanın mantıklı ve tehlikeli bilişlerden ziyade hatalı bilişler olduğunu anlarlar. Buna bağlı olarak kompulsif davranışlarının gereksiz olduğunu kabul ederler.



Bill Pugliano/Getty Images

**Yere düşmek ve kirlenmek** Bir tepki önlemeli maruz bırakma görevinde, temizlik kompulsiyonları olan danışanlara ağır iş bahçeciliği yapmaları ve sonra ellerini yıkamaya veya duş almaya direnmeleri talimatı verilebilir. Westland, Michigan'daki yıllık Çamur Günü etkinliğindeki bu kirli bireyler gibi çamur güreşine katılacak ve zevk alacak kadar ileri gidemeyebilirler ama sen ne demek istediğimizi anladın.

Bu tür kazançlar elde edildiğinde danışanlar, **tepki önlemeli maruz bırakma** (veya **ritüel önlemeli maruz bırakma**) olarak adlandırılan farklı bir davranışsal tekniğin zorluklarına maruz kalmaya istekli hâle gelirler. Bu teknikte danışanlar kaygı, obsesif korkular ve kompulsif davranışlar ortaya çıkaran nesnelere veya durumlara defalarca maruz kalırlar ancak genellikle yapmak zorunda hissettikleri davranışları yapmaya *direnmeleri* söylenir. İnsanlar bu tür davranışlara direnmeyi çok zor buldukları için terapistler önce bir rol model olarak örnek sergileyebilir.

**Siz hiç belli şekillerde davranmayı durdurmak için tepki önlemeli maruz bırakmanın terapi ortamında olmayan bir versiyonunu denediniz mi?**

Son yıllarda tepki önlemeli maruz bırakma tekniklerini kullanan terapistler, ofisin dışında da uygulama yapabilmek ve danışanlarına kompulsiyonların en çok soruna neden olduğu ev ortamlarında özel talimatlar verebilmek için video konferans yöntemini de kullanmaktadır (Comer ve diğerleri, 2017). En azından bazı terapistler de danışanların ev ödevi biçiminde gerçekleştirmeleri gereken tepki önlemeli maruz bırakma egzersizleri oluşturur (Gellatly ve diğerleri, 2017; Franklin ve Foa, 2014). Örneğin temizlik kompulsiyonları olan bir kadın danışana verilen ödev aşağıdaki gibi olabilir:

- Banyonuzun zeminini bir hafta paspaslamayın. Bundan sonra, sıradan bir paspas kullanarak üç dakika içinde paspaslayın. Bu paspası temizlemeden diğer işler için de kullanın.
- Tüylü bir tiftik süveter alın ve bir hafta boyunca giyin. Geceleri çıkarırken tüy parçalarını temizlemeyin. Evinizi bir hafta boyunca temizlemeyin.
- Ayakkabılarınızı çıkarmayın. Evi bir hafta temizlemeyin.
- Kirlenmiş zemine bir kurabiye bırakın, kurabiyeyi alın ve yiyin.
- Çarşafları ve battaniyeleri yere bırakın ve ardından yatakların üzerine koyun. Bu çarşaf ve battaniyeleri bir hafta boyunca değiştirmeyin.

(Emmelkamp, 1982, s. 299-300)

Sonunda bu kadın kendini ve evini temizlemek için mantıklı bir rutin oluşturmayı başarmıştır.

Bu tür teknikler genellikle obsesyonların ve kompulsiyonların sayısını ve etkisini azaltmaya yardımcı olur (Lenhard ve diğerleri, 2017; Liu ve diğerleri, 2017). Genel olarak obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yüzde 50 ila 70'inin bilişsel-davranışçı terapi ile önemli ölçüde iyileştiği bulunmuştur ve bu iyileşmeler genellikle süresiz olarak devam etmektedir (Abramowitz, 2017). Bu hastalığı olan kişiler eski bir hikâyedeki batıl inançlı adam gibidir: Adam, bulunduğu ortamdan filleri uzak

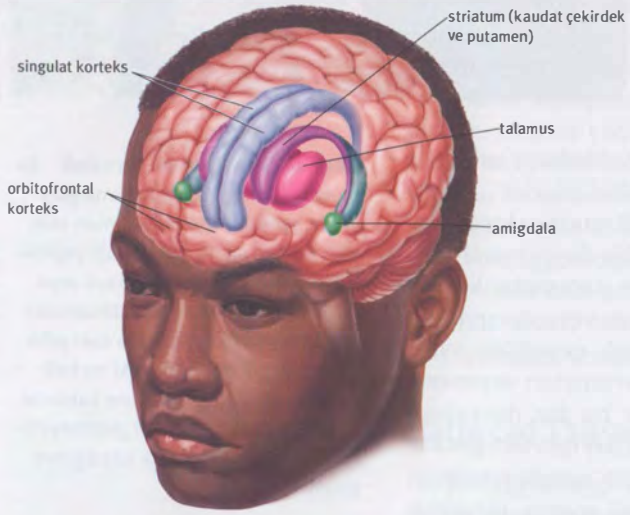
**#KaybedilmişBirSavaş**

Her türlü kirlenmeden kaçınmaya ve kendilerini ve dünyalarını tüm mikroplardan kurtarmaya çalışan insanlar kaybedilmiş bir savaşta savaşıyorlar. Ortalama bir insan konuşurken dakikada 300 veya kelime başına 2,5 mikroskobik tükürük damlası tükürür.

tutmak için parmaklarını şıklatıp durur. Onu gören biri "Ama zaten buralarda fil olmaz ki!" dediğinde ise adam cevap verir, "Gördün mü? İşte yaptığım bu şey, işe yarıyor!" Bir inceleme şu sonuca varıyor: "Önceki bilgilere dayanarak [obsesif-kompulsif] adamın parmaklarını şaklattığını söylemek mümkün ve parmaklarını şaklatmayı durdurmadığı (tepki önleme) ve aynı zamanda etrafına bakmayı bırakmadığı sürece (duruma maruz kalma) fillerin önemi hakkında çok fazla şey öğrenmeyecektir." (Berk ve Efran, 1983, s. 546)

## Biyolojik Yaklaşım

Son yıllarda araştırmacılar, biyolojik faktörlerin obsesif kompulsif bozuklukta anahtar rol oynadığına dair doğrudan kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Örneğin bazı genetik çalışmalar, bu bozukluğa sahip bireyleri karakterize eden gen anormalliklerini tanımlamıştır (Grünblatt ve diğerleri, 2018). Ek olarak beyin tarama işlemlerini kullanarak araştırmacılar cinsel arzular, saldırgan içgüdüler ve dışkılama gibi ilkel dürtülerimizi düzenlemeye yardımcı olan bir beyin devresi belirlemiştir (Simpson, 2017; Parmar ve Sarkar, 2016; Tang ve diğerleri, 2016). Bu tür dürtülerin dikkatimizi çekmesini sağlayan ve onlara göre hareket etmemize veya onları göz ardı etmemize neden olan devre *orbitofrontal korteks* (gözlerin hemen üstünde), *singulat korteks*, *striatum* (striatumun arkasında yer alan diğer iki beyin yapısı *kaudat çekirdek ve putamen* dahil) ve *talamus* beyin yapılarını içerir (bk. **Şekil 4-5**). Bu devrede çalışan en önemli nörotransmiterler arasında *serotonin, glutamat ve dopamin* vardır (Gerez ve diğerleri, 2016).




ŞEKİL 4-5

**Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi**

Obsesif kompulsif bozuklukla bağlantılı beyin devresi, orbitofrontal korteks, singulat korteks, striatum, talamus ve amigdala gibi yapıları içerir.

Araştırmalar, *kortiko-striato talamo-kortikal devre* adı verilen bu devrenin obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde aşırı aktif olduğunu ve bu devrenin obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler için çeşitli dürtüleri, ihtiyaçları ve ilgili düşünceleri durdurmayı veya reddetmeyi zorlaştırdığını göstermektedir (Frydman ve diğ., 2016). Örneğin çoğu insan tuvalete girdikten sonra kirlenme konusunda endişe yaşar ve hemen ellerini yıkar. Bu davranışı gerçekleştirdiklerinde beyin devreleri kirlenme endişelerini ve temizlik ihtiyaçlarını yatıştırmış olur. Diğer yandan obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerin kortiko-striato-talamo-kortikal devresi aşırı aktif olduğu için bu kişiler kirlenme endişeleri yaşamaya devam edebilir ve defalarca temizlik eylemleri gerçekleştirmeye ihtiyaç duyabilir.

Az önce okuduğunuz gibi beyin taraması çalışmaları, obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde kortiko-striato talamo-kortikal devrenin aşırı aktif olduğuna dair kanıtlar sunmuştur. Ayrıca tıp bilimcileri obsesif-kompulsif belirtilerin sıklıkla orbitofrontal korteks, striatum veya devredeki diğer yapıların kaza, hastalık veya cerrahi müdahaleler nedeniyle hasar görmesinden sonra ortaya çıktığını veya azaldığını gözlemlemişlerdir (Simpson, 2017; Hofer ve ark., 2013).

Şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluk için en yaygın olarak kullanılan biyolojik tedavi *antidepresan ilaçlardı*, özellikle de serotonin nörotransmiterinin aktivitesini spesifik olarak artıran antidepresanlar. Çok sayıda çalışma, bu tür ilaçların obsesif kompulsif bozukluğu olanların yüzde 50 ila 60'ında iyileşme sağladığını göstermiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlar genellikle tamamen ortadan kalkmasa da ortalama olarak neredeyse yarı yarıya azalabilmektedir (Simpson, 2017; Bareggi ve diğerleri, 2004; DeVeaugh Geiss ve diğerleri, 1992).

Serotonin arttırıcı antidepresan ilaçların obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde etkililiği göz önüne alındığında, kuramcılar başlangıçta bozukluğun esas olarak tüm beyindeki düşük serotonin aktivitesinden kaynaklanması gerektiğini düşünmüştür. Ancak günümüz araştırmacılarının çoğu bunun yerine ilaçların kortiko-striato-talamo-kortikal devrede serotonin aktivitesini artırarak iyileşme sağladığına ve böylece devrenin aşırı aktif olma eğilimini düzeltmeye yardımcı olduğuna inanmaktadır. Bu düşünceyle tutarlı olarak çalışmalar, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin

antidepresan tedaviye başarılı bir şekilde yanıt vermesinden sonra devredeki yapıların daha uygun şekilde birbiri ile bağlantılandığını bulmuştur (Tang ve diğerleri, 2016).

Obsesif-kompulsif bozukluğu olan birçok hasta bilişsel davranışçı terapi *veya* antidepresan ilaç tedavisi alırken, günümüzde artarak bu iki müdahalenin kombinasyonu ile tedavi edilmektedir. Araştırmaya göre bu tür kombinasyonlar genellikle daha yüksek düzeyde belirti azalması sağlar ve her bir tedavinin tek başına uygulanmasına kıyasla daha fazla danışan için rahatlama sağlar -yıllarca devam edebilecek iyileşmeler sunar (Abramowitz, 2017).

## Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkili Bozukluklar

Bazı insanlar, hayatları üzerinde büyük ölçüde bozucu etki oluşturan belirli tekrarlayan ve aşırı davranış kalıpları sergilerler. Bu tür davranış kalıplarının en yaygın olanları arasında biriktiricilik, saç yolma, deri yolma ve dış görünüşü kontrol etme yer alır. DSM-5, **obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili bozukluklar** kategorisini ileri sürmüş ve bu dört davranış kalıbını bu gruba yerleştirmiştir: *biriktiriclik bozukluğu, trikotilomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu* ve *beden dismorfik bozukluk*. Toplu olarak tüm insanların en az yüzde 5'i bu bozukluklara sahiptir (Mataix-Cols ve de la Cruz, 2017; Phillips, 2016).

**Biriktiricilik (İstifçilik) bozukluğuna** sahip insanlar, eşyaları saklamaları gerektiğini düşünürler ve onları atmaya çalışmaktan çok rahatsız olurlar (APA, 2013). Bu duygular, onların eşyalarından ayrılmalarını zorlaştırır, hayatlarını ve yaşam alanlarını karmaşık hâle getiren olağanüstü bir eşya birikimiyle sonuçlanır. Bu örüntü bireylerde önemli sıkıntılara neden olur ve kişisel, sosyal veya mesleki işlevsellikleri büyük ölçüde bozabilir (Mathes ve diğerleri, 2017). Bu durumun, önemsiz postalardan bozuk eşyalara ve kullanılmayan giysilere kadar çok sayıda işe yaramaz ve değersiz şeyin birikmesi ile sonuçlanması oldukça yaygındır. Dağınıklık nedeniyle evlerinin bazı kısımları yaklaşılamaz hâle gelebilir. Örneğin kanepeler, mutfak aletleri veya yataklar kullanılamayabilir. Ayrıca bu davranış örüntüsü genellikle yangın tehlikelerine, sağlıksız temizlik koşullarına veya diğer tehlikelere neden olur.

**Saç yolma bozukluğu** olarak da bilinen **trikotilomani** hastaları saç derisinden, kaşlarından, kirpiklerinden veya vücudun diğer kısımlarından sürekli saç ve tüy yolarlar (APA, 2013). Bozukluk genellikle bu vücut bölgelerinden sadece bir veya ikisinde, çoğunlukla kafa derisinde kendisini gösterir. Tipik olarak bozukluğu olanlar her seferde bir saç teli yolarlar. Kaygı veya stresin saç yolma davranışını tetiklemesi veya bu davranışa eşlik etmesi yaygındır (Grant ve diğerleri, 2017). Bazı

**obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili bozukluklar** Obsesif benzeri endişelerin, insanları belirli anormal davranış kalıplarını tekrar tekrar ve aşırı şekilde gerçekleştirmeye yönelttiği bozukluklar.

**istifleme bozukluğu** bireylerin eşyaları biriktirmeye mecbur hissettikleri ve onları atmaya çalıştıklarında çok sıkıntı yaşadıkları ve aşırı miktarda eşya birikimiyle sonuçlanan bir bozukluk.

**trikotilomani** İnsanların saç derisinden, kaşlarından, kirpiklerinden veya vücutlarının diğer kısımlarından tekrar tekrar tüy yolduğu bir bozukluk. Saç yolma bozukluğu olarak da adlandırılır.



© Sandy Huffaker/Getty Images

**Dağınık son** Bu adam, annesinin ölümünden sonra evini temizlemeye hazırlanıyor. Bu, en iyi koşullar altında bile duygusal veya fiziksel olarak kolay bir iş değildir ancak bu durumda özellikle zordur: Annesi istifçilik bozukluğu hastasıdır.



Kazuhiro Nogi/AFP/Getty Images

**Kültürel ritüeller** Her ritüel bir kompulsiyonu yansıtmaz. Nitekim kültürel ve dinî ritüeller genellikle uygulayıcılarına bir anlam ve rahatlık verir. Burada Budist rahipler Tokyo'daki bir tapınakta yıllık kış dualarını sırasında üzerlerine su sıçratıyorlar. Bu temizlik ritüeli, iyi şans adına dua etmek için yapılır.

hastalar saçlarını yolarken, saçlarını "doğru olduğu hissi (tam şimdi oldu gibi)" gelene kadar yolmak ve yolmak için belirli saç türlerini seçmek dâhil olmak üzere belirli ritüelleri izlerler (Alexander ve diğerleri, 2017; Starcevic, 2015). Bu davranışın neden olduğu sıkıntı, bozulma veya utanç nedeniyle, kişiler genellikle saç yolma davranışlarını azaltmaya veya durdurmaya çalışır. "Trikotilomani" terimi, Yunancadan "çılgınca saç yolma" anlamına gelir.

**Cilt yolma bozukluğu** olan insanlar derilerini yolarak önemli yaralara neden olur (APA, 2013). Saç yolma bozukluğu olanlar gibi genellikle davranışı azaltmaya veya durdurmaya çalışırlar. Hastaların çoğu parmaklarıyla derilerini yolar ve bedenlerinin bir bölgesinde deri yolma davranışını gerçekleştirir, bu da çoğunlukla yüzleri olur (Grant ve Chamberlain, 2017; Grant ve diğerleri, 2015, 2012). Yolma davranışını gerçekleştirdikleri diğer yaygın beden bölgeleri arasında kollar, bacaklar, dudaklar, kafa derisi, göğüs ve tırnaklar ve tırnak etleri gibi beden bölgeleri bulunur. Davranış genellikle kaygı veya stres ile tetiklenir veya birlikte görülür (Park ve Koo, 2017; Torales, Barrios ve Villalba, 2017).

**Beden dismorfik bozukluğu** olan insanlar, fiziksel görünümlerinde belirli bir arıza veya kusur olduğu inancıyla endişeli olurlar. Aslında algılanan arıza veya kusur, kişinin zihninde hayal edilir veya büyük ölçüde abartılır (APA, 2013). Bu tür inançlar, bireyleri aynada kendilerini defalarca kontrol etmeye, kendilerine çeki düzen vermeye, algılanan kusuru yolmaya, kendilerini başkalarıyla karşılaştırmaya, güvence aramaya veya benzer diğer davranışları sergilemeye sevk eder. Burada da sorunu olanlar ciddi sıkıntı veya bozulma yaşarlar.

Beden dismorfik bozukluk, bugüne kadar en çok araştırma yapılan obsesif-kompulsif ile ilişkili bozukluktur. Araştırmacılar çoğu zaman bu sorunu olan kişilerin kırışıklıklara, ciltte lekelerine, yüzde aşırı kıl olmasına, yüzün şişmesine veya şekilsiz bir burun, ağız, çene veya kaşa odaklandığını bulmuşlardır (Phillips, 2017, 2016). Bazı kişiler ayaklarının, ellerinin, göğüslerinin, penislerinin veya diğer vücut bölgelerinin dış görünümü konusunda endişelenir. Hatta bazıları, aşağıda bahsi geçen kadın gibi terden, nefesten, cinsel organlardan veya rektumdan gelen kötü kokulardan bile endişe duyar.

> *35 yaşındaki bir kadın 16 yıldır terinin kötü koktuğundan endişeleniyordu... Ter kokmaktan korktuğu için 5 yıl boyunca kocası veya annesi yanında olmadan hiçbir yere gitmemişti. 3 yıldır komşularıyla konuşmuyordu... Sinemadan, danslardan, mağazalardan, kafelerden ve başkalarının evlerinden kaçınıyordu... Kocasının herhangi bir arkadaşını eve davet etmesine izin vermezdi, kokup kokmadığı konusunda kocasından sürekli güvence istiyordu... Tezgâhtarların yanında kıyafet denemekten korktuğu için tüm yeni kıyafetlerini kocası alıyordu. Çok miktarda deodorant kullanıyordu ve dışarı çıkmadan önce her zaman günde 4 defaya kadar yıkanır ve kıyafetlerini değiştirirdi.*
>
> *(Marks, 1987, s. 371)*

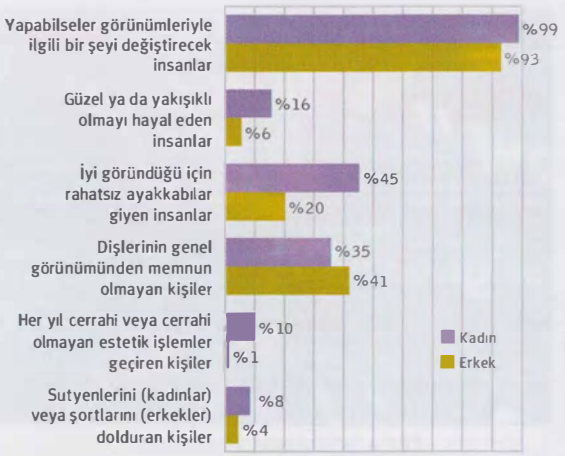
Elbette toplumumuzda dış görünüş hakkında endişelenmek yaygındır (bk. **Şekil 4-6**). Örneğin birçok genç ve genç yetişkin sivilce veya akneler konusunda endişelenir. Ancak beden dismorfik bozukluğu olan kişilerin endişeleri aşırıdır. Bu bozukluğa sahip olan kişiler, diğer insanlarla temas etmeyi ciddi şekilde sınırlayabilir, başkalarının gözlerine bakamayabilir veya "kusurlarını" gizlemek için büyük çaba sarf edebilirler -örneğin sözde şekilsiz gözlerini saklamak için her zaman güneş gözlüğü takarlar. Bozukluğu olan insanların yarısı plastik cerrahi veya dermatoloji tedavisi alır ve genellikle tedavi sonrası kendilerini çok daha kötü hissederler (Bouman ve diğerleri, 2017; Phillips, 2017). Bozukluğu olan kişilerin büyük bir kısmı evden çıkamaz, yüzde 80'inin intihar düşüncesi vardır ve yüzde 25'i hayatlarının bir noktasında intihara teşebbüs edebilir (Phillips, 2016).

## #İyiGörünme

Yüz plastik cerrahlarının yüzde 42'si, hastalarının çoğunun özçekimler, Instagram, Snapchat ve Facebook ve diğer sosyal medya mecralarında daha iyi görünmek için estetik işlemler aradığını bildirmiştir (AAFPRS, 2017).

Diğer obsesif-kompulsif ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi kuramcılar beden dismorfik bozukluğu, tipik olarak obsesif-kompulsif bozukluk için kullanılan psikolojik ve biyolojik açıklamaları kullanarak açıklarlar. Benzer şekilde klinisyenler genellikle bu bozukluğu olan hastaları obsesif-kompulsif bozuklukta kullanılan tedavi türlerini, özellikle antidepresan ilaçlar ve bilişsel-davranışçı terapi uygulayarak tedavi ederler (Krebs ve diğerleri, 2017; Phillips, 2017, 2016).

Örneğin bir çalışmada bu bozukluğu olan 17 hasta tepki önlemeli maruz bırakma ile tedavi edilmiştir (Neziroğlu ve diğerleri, 2004, 1996). 4 hafta boyunca danışanlara algıladıkları fiziksel kusurları tekrar tekrar hatırlatılmış ve aynı zamanda rahatsızlıklarını azaltmaya yardımcı olacak herhangi bir şey yapmaları (görünüşlerini kontrol etmek gibi) engellenmiştir. Tedavinin sonunda bu kişiler "kusurlarıyla" daha az ilgilenir hâle gelmiştir ve beden bölgelerini kontrol etmek ve sosyal etkileşimlerden kaçınmak için daha az zaman harcamışlardır.




**ŞEKİL 4-6**

**"Ayna ayna söyle bana ..."**

Beden dismorfik bozukluğu olan kişiler, görünüşleriyle ilgili endişeleri olan tek kişi değildir. Anketler, görünüş bilincine sahip toplumumuzda insanların büyük bir kısmının düzenli olarak görünüşlerini düşündüğünü ve değiştirmeye çalıştığını ortaya koyuyor (Bilgi: ASPS, 2017; Samorodnitzky-Naveh ve diğerleri, 2007; Noonan, 2003; Kimball, 1993; Poretz ve Sinrod, 1991; Weiss, 1991; Simmon, 1990).

## ...ÖZETLE...

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK** Obsesif kompulsif bozukluğu olan insanlar obsesyonlarla kuşatılır, kompulsiyonları yapar veya her ikisi birden olur. Psikodinamik görüşe göre bu bozukluk, id dürtüleri ve ego savunma mekanizmaları arasındaki bir savaştan kaynaklanmaktadır. Öte yandan bilişsel-davranışçı kuramcılar, bozukluğun normal bir insan eğilimi olan istenmeyen ve hoş olmayan düşüncelere sahip olma eğiliminden kaynaklandığına inanırlar. Bazı insanların bu tür düşünceleri anlama, ortadan kaldırma veya bunlardan kaçınma çabaları, aslında obsesyon ve kompulsiyonlara yol açar. Bilişsel-davranışçı terapistler önce danışanların istenmeyen düşünceler hakkındaki yanlış yorumlarını düzeltmelerine yardımcı olur, ardından tepki önlemeli maruz bırakma tekniğini uygular.

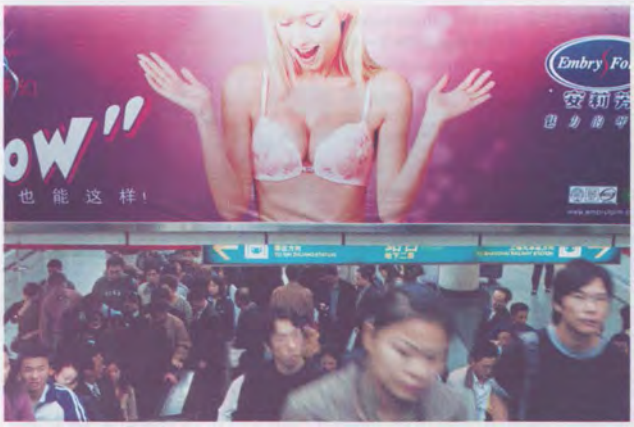
Biyolojik araştırmacılar obsesif-kompulsif bozukluğu, orbitofrontal korteks, singulat korteks, striatum ve talamus gibi beyin yapılarını içeren aşırı aktif bir beyin devresine bağlamıştır. Serotonin aktivitesini artıran antidepresan ilaçlar, faydalı bir tedavi şeklidir. Obsesif-kompulsif bozukluğa ek olarak DSM-5, obsesif-benzeri endişelerin bireyleri yaşamlarını büyük ölçüde bozan belirli davranış kalıplarını tekrar tekrar ve aşırı şekilde gerçekleştirmeye yönlendirdiği bir grup obsesif kompulsif ile ilişkili bozukluklar listesi oluşturmuştur. Bu grup biriktiricilik bozukluğu, trikotilomani, deri yolma bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğunu içerir.

# Yaklaşımların Bütünleştirilmesi: Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı

Bu bölümü okurken, yaklaşımların her birinden belirli bulguların ve ilkelerin birbirleri ile uyumlu göründüğünü fark etmiş olabilirsiniz ve yaklaşımların sunduğu açıklamaların kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili bozuklukları tam olarak anlamak için birleştirilip birleştirilemeyeceğini merak etmiş olabilirsiniz. Bir dizi klinik kuramcı aynı soruyu sormuş ve yaklaşımların atıfta bulunduğu değişkenleri entegre etmenin yollarını aramıştır. Bölüm 2'de gördüğünüz gibi günümüzün en etkili bütünleyici görüşlerinden biri, *gelişimsel psikopatoloji* bakış açısı geliştirmektir. Bu bakış açısı, bir bireyin yaşamı boyunca kilit noktası *zamanlarında* önemli faktörlerin *kesişimine* ve *bağlamına* odaklanır (Moreno, 2018; Eme, 2017; Cicchetti, 2016).

**cilt yolma bozukluğu** İnsanların tekrar tekrar derilerini yolduğu ve önemli yaralara neden olan bir bozukluk. Deri yolma bozukluğu olarak da adlandırılır.

**beden dismorfik bozukluk** Bireylerin, fiziksel görünümlerinde belirli kusurları olduğu inancıyla meşgul oldukları bir bozukluk. Bu tür kusurların olduğu hayal edilir veya büyük ölçüde abartılır.




Mark Henley/Panos

**Dünya çapında etki** Çin'in Şangay kentindeki bir metro istasyonundaki bir iç çamaşırı reklamı, push-up sütyenli bir kadını gösteriyor. Batı, Doğu ile buluştuğunda Asyalı kadınlar, çeşitli vücut bölgelerinde Batılılar gibi değişiklikler yapmayı teşvik eden reklamların bombardımanı altında kaldı. Belki de Asyalılar arasında beden dismorfik bozukluk vakalarının Batılılar arasındaki beden dismorfik bozukluğuna giderek daha fazla benzemesi o kadar da tesadüfi değildir.

Gelişimsel psikopatologların kaygı ile ilişkili bozuklukların gelişimini anlamaya çalışırken temel aldıkları faktörler nelerdir? Gelişimsel psikopatologlar biyolojik yaklaşımdan yola çıkarak belirli genetik değişimleri aşırı aktif korku devrelerine bağlayan ve böylece bazı bebeklerde ve yeni yürümeye başlayan çocuklarda engellenmiş -yani kaygılı- mizaç ile ilişkilendiren artan sayıda çalışma ile ilgilenmişlerdir (Buzzell ve diğ., 2017; Johnson ve diğerleri, 2016; Fox ve diğerleri, 2015). Hayatlarının ilk günlerinden itibaren bu tür çocuklar *davranışsal ketlenme* olarak bilinen içine kapanık, izole edilmiş ve tedbirli bir örüntü sergilerler. Araştırmalar, bu engellenmiş mizacın genellikle bir kişinin yaşamı boyunca sürdüğünü ve bazı bireyleri kaygıyla ilişkili bozuklukların gelişimi için yüksek riske attığını göstermektedir (Abulizi ve diğerleri, 2017; Buzzell ve diğerleri, 2017).

Gelişimsel psikopatologlar bilişsel-davranışçı ve psikodinamik yaklaşımlardan yola çıkarak *ebeveynlik tarzlarının* önemli rolünü vurgulayan araştırma bulgularıyla da ilgilenmişlerdir (Moreno, 2018; Hankin vd., 2016). Araştırmalar, çocuklar büyüdükçe, *aşırı korumacı ebeveynliğin* -ebeveynlerin çocuklarının sıkıntı yaşamasını önlemek ya da çocuklarını sıkıntı yaşamaktan kurtarmak için aşırı temkinli davrandığı- onlara sıkıntıyı kendi başlarına nasıl yöneteceklerini öğrenme ve güçlü bir özgüven duygusu oluşturmalarına fırsat vermediklerini göstermektedir. Çocukların hâlihazırda biyolojik bir savunmasızlığı ve engellenmiş bir mizacı varsa aşırı korumacı ebeveynliğe maruz kalmak, yaşam boyu kaygı için ortam hazırlayarak tekrarlanan kaygı patlamalarını teşvik etmeye yardımcı olabilir.

Son olarak, sosyokültürel yaklaşımdan yola çıkarak gelişimsel psikopatologlar; yaşam stresi, yoksulluk, okulda yaşanan zorluklar, aile içi uyumsuzluk, akran baskısı ve toplumsal tehlikelerin kaygı ile ilişkili bozuklukların gelişme olasılığını artırabileceğini gösteren araştırmalarla da ilgilenmişlerdir. Gerçekten de artan sayıda çalışma, bireyin sahip olabileceği olumsuz biyolojik faktörler, mizaç veya ebeveynleri ile yaşantılarına ek olarak birçok durumda bu bozuklukların ortaya çıkması için bu tür faktörlerin mevcut olması gerektiğini göstermektedir (Eme, 2017; Pianta, 2016).

Gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, farklı yaklaşımların ilkelerinin kaygıyla ilişkili bozuklukları daha iyi açıklamak için genellikle birlikte değerlendirilebileceğini dile getirirken yaklaşımların bu bozuklukların *gelişimi* ile ilgili önemli soruları ele almadığını da vurgulamaktadır. Örneğin bozuklukların ortaya çıkması için her bir yaklaşımdaki değişkenler, tam olarak *nasıl* ve *ne zaman* etkileşime giriyor? Giderek artan sayıda araştırma, biyolojik yaklaşımdan mizaca, ebeveynlik tarzından yaşam olaylarına kadar çeşitli temel faktörlerin farklı gelişim noktalarında daha fazla veya daha az etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir (Moreno, 2018; Eme, 2017; Cicchetti, 2016). Örneğin korku temelli bir mizacın erken dönemde yerleşmesi, olumlu yaşam olaylarının daha sonraki etkisini engelleyebilir. Diğer yandan etkili ebeveynlik, olumsuz bir biyolojik yatkınlığın veya daha sonraki olumsuz yaşam olaylarının etkisini azaltabilir. Açıktır ki kaygı ile ilgili bozuklukların tam olarak anlaşılması ve etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için bu önemli gelişimsel konuların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.



**KLİNİK TERCİHLER**

Artık anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilgili bozukluklar hakkında okuma yapmış olduğunuza göre bu bölüm için etkileşimli vaka çalışmasını deneyin. Priya'nın belirtilerini tespit edip edemeyeceğinize bakın ve belirtilerine göre Priya'ya göre bir teşhis önerin. Priya için en etkili tedavi türü nedir? ***Klinik Tercihlere*** erişmek için **Başlatma** Çubuğuna gidin.

## ÖZETLE...

**YAKLAŞIMLARIN BÜTÜNLEŞTİRİLMESİ** Kaygı ile ilişkili bozuklukları açıklamak için gelişimsel psikopatoloji bakış açısının savunucuları, bir bireyin yaşamı boyunca temel faktörlerin nasıl ortaya çıktığını ve kesiştiğini inceler. Onları ilgilendiren faktörler arasında genetik faktörler, beyindeki aşırı aktif korku devresi, engellenmiş bir mizaç, ebeveynlik tarzı, uyumsuz düşünme, kaçınma davranışları, yaşam stresi ve olumsuz sosyal faktörler bulunur.

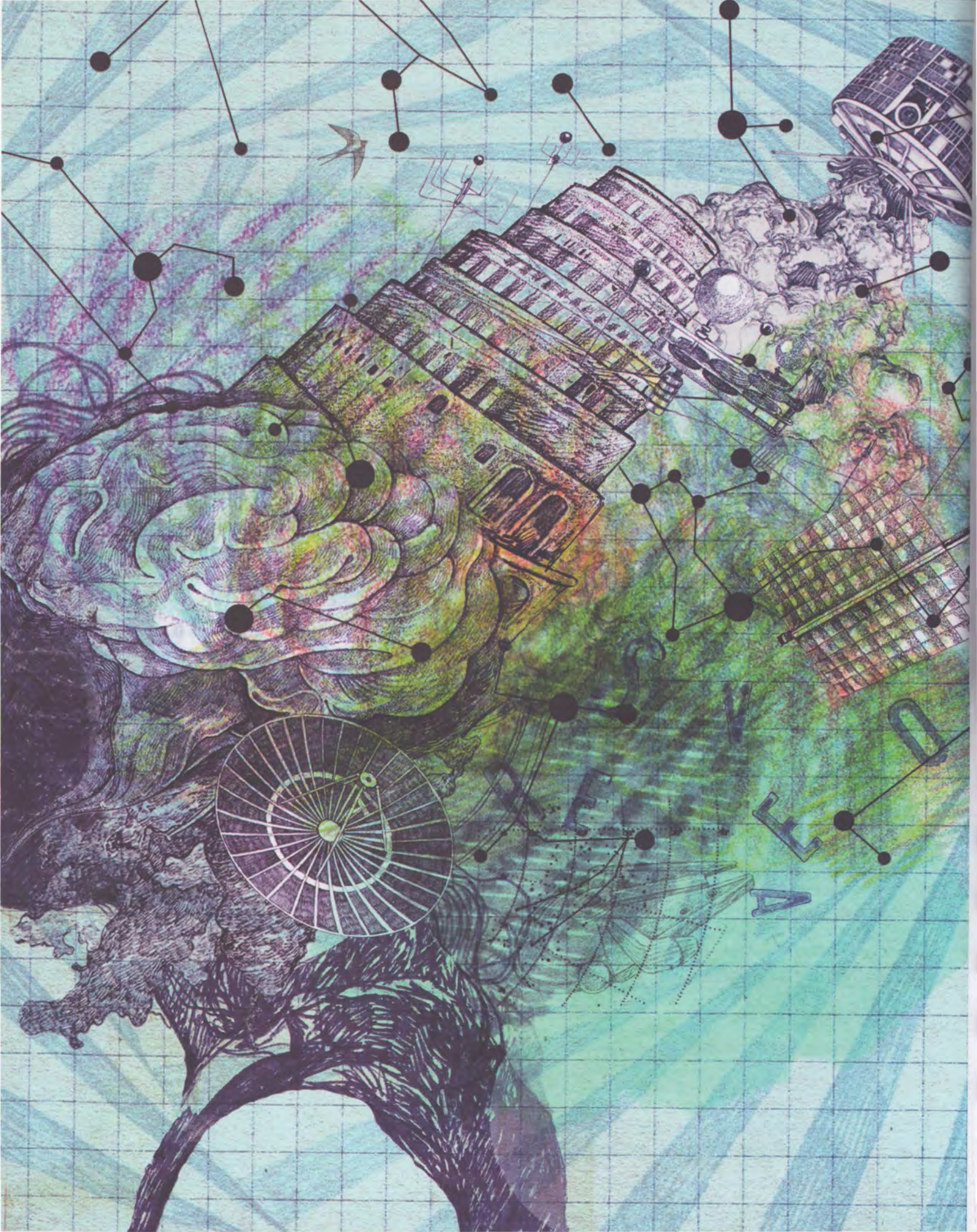
## Anahtar Terimler

korku, s. 102
kaygı, s. 102
yaygın kaygı bozukluğu, s. 102
koşulsuz olumlu kabul, s. 106
danışan merkezli terapi, s.106
temel akılcı olmayan varsayımlar, s. 107
üstbilişsel kuram, s. 108
akılcı duygusal terapi, s. 109
farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi, s. 110
aile soyağacı çalışmaları, s. 110
benzodiazepin, s. 111
gama-aminobütirik asidi (GABA), s. 111
beyin devresi, s. 111
korku devresi, s. 111
sakinleştirici-hipnotik ilaçlar, s. 111
fobiler, s. 113
özgül fobiler, s. 113
agorafobi, s. 115
klasik koşullanma, s. 115
model olma, s. 116
hazır olma, s. 117
maruz bırakma tedavisi, s. 117
sistematik duyarsızlaştırma, s. 117
taşırma, s. 118
sosyal kaygı bozukluğu, s. 120
sosyal beceri eğitimi, s. 123
panik atak, s. 123
panik bozukluk, s. 124
norepinefrin, s. 125
locus coeruleus, s. 125
panik devre, s. 125
biyolojik uyarım testleri, s. 126
kaygı duyarlılığı, s. 127
obsesyon, s. 128
kompulsiyon, s. 128
obsesif kompulsif bozukluk, s. 128
etkisiz hâle getirme, s. 130
tepki önlemeli maruz bırakma, s. 131
kortiko-striato-talamo-kortikal devre, s. 132
devre, s. 132
obsesif kompulsif ile ilişkili bozukluklar, s. 133
biriktiriclik bozukluğu, s. 133
trikotilomani, s. 133
cilt yolma bozukluğu, s. 134
beden dismorfik bozukluk, s. 134
gelişimsel psikopatoloji, s. 135
davranışsal ketlenme, s. 136
aşırı korumacı ebeveynlik, s. 136

## Hızlı Kısa Sınav

1. Yaygın kaygı bozukluğunun sosyokültürel, psikodinamik, insancıl, bilişsel-davranışçı ve biyolojik açıklamalarındaki temel ilkeler nelerdir? *s. 103-111*
2. Yaygın kaygı bozukluğunda tedaviler ne kadar etkili olmuştur? *s. 106-112*
3. Özgül fobiler ile agorafobiyi tanımlayın ve karşılaştırın. Bilişsel davranışçı kuramcılar fobileri nasıl açıklamaktadır? *s. 113-116*
4. Özgül fobilerin tedavisinde kullanılan üç maruz bırakma tekniğini açıklayın.
5. Sosyal kaygı bozukluğunun farklı bileşenleri nelerdir ve bu bozukluk nasıl tedavi edilmektedir? *s. 117-118*
7. Psikodinamik, bilişsel davranışçı ve biyolojik kuramcıların obsesif kompulsif bozuklukta etkili olduğunu düşündükleri faktörler nelerdir?
8. Biyolojik ve bilişsel davranışçı klinisyenler panik bozukluğu nasıl açıklamaktadır ve tedavi etmektedir? *s. 120-123*
9. Obsesif kompulsif ile ilişkili dört bozukluğu tanımlayın. s. 133-135
10. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde tepki önlemeli maruz bırakma ile antidepresan tedavisinin etkililiğini açıklayın ve karşılaştırın. *s. 124-127*
11. Gelişimsel psikopatoloji kaygı, obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif ile ilişkili bozuklukları açıklayan yaklaşımların ilkelerini ve bulgularını nasıl birleştirmektedir? *s. 129-132*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


SAVED

BÖLÜM

5

# Travma ve Stres Bozuklukları

BÖLÜM AKIŞI


- Stres ve Uyarılma: Savaş ya da Kaç Tepkisi
- Akut ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları
  - Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Ne Tetikler?
  - İnsanlar Neden Akut ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları Geliştirir?
  - Klinisyenler Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Nasıl Tedavi Eder?
- Disosiyatif Bozukluklar
  - Disosiyatif Amnezi
  - Disosiyatif Kimlik Bozukluğu
  - Kuramcılar Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?
  - Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir?
  - Kendine Yabancılaşma-Gerçekdışılık Bozukluğu
- Travma ve Stresle Başla Çıkmak


*25 yaşında, bekâr bir Afrikalı Amerikalı olan Latrell Robinson, aktif görevdeki ulusal bir muhafızdı. (Irak Savaşı'nda görev alıyordu.) Yalnız bir anne tarafından sosyal konutlarda büyütülmüştü ve üniversite öğrencisiyken aynı zamanda rekabetçi bir sporcuydu... Aslında ulaştırma alanında eğitim almıştı ancak daha sonra askere gitti ve Bağdat'ta askerî inzibat memuru olarak oradaki birliklerin güvenliğini sağlamak üzere yeniden eğitim aldı. Görevi çok yorucuydu ama bundan hoşlandığını söylerdi; agresifliği ve kendine olan güveni ile başkaları tarafından gayri resmî bir lider olarak görülürdü. Askerî konvoyların güvenliğini sağlarken ve güvenlik ile ilişkili diğer işlerini yaparken birçok kez ciddi olayların ortasında kalmıştı, birkaç kez de hafif silahlı çatışma yaşamıştı, sivillerin ve Iraklı askerlerin ölümüne ve yaralanmasına tanık olmuştu, zaman zaman daha güvenli ve alternatif yollardan gitmeye veya pusudan kurtulma manevrası yapmaya zorlandığında kendini güçsüz hissederdi. "Sokakta" durum kötüleştikçe [Irak] ortamına karşı artan bir güvensizlik algılamaya başladı. Sık sık kendisinin ve asker arkadaşlarının gereksiz yere tehlikeye atıldığını hissediyordu..*

*Konvoyun en önünde giden bir HUMVEE aracının şoförü olduğu rutin bir görev sırasında [2003 yılında] boynuna, koluna ve bacağına şarapnel parçaları saçan bir el yapımı bomba aracına isabet etti. Araçta bulunan diğer arkadaşı ondan daha ağır yaralanmıştı... Tedavi için Sahra Destek Hastanesine (SÇH) götürüldü ve tedavisinin ardından birkaç gün sonra koltuk değneği kullanıyor hâlde olmasına ve boynundaki şarapnel yarası nedeniyle ciddi ağrıları olmasına rağmen görevine geri döndü... Görevlerini tam olarak yerine getiremediğini düşünse de bu durumda bile onu [Irak]ta tutmaya devam ettikleri için üstlerine ve doktorlara sinirlenmeye başladı. Uykusuzluk, aşırı uyarılmışlık ve irkilme tepkisi geliştirmeye başladı. Yaşadığı bombalama olayıyla ilgili ilk rüyaları zamanla daha da arttı ve sıklaştı; aklına istem dışı düşünceler ve saldırının olduğu ana dair görüntüler gelmeye başladı. Arkadaşlarından uzaklaşmaya, normalde zevk aldığı etkinliklerden zevk alamamaya (anhedoni), diğerlerinden uzak hissetmeye ve gidişatından endişe etmeye başladı. Sahra Destek Hastanesinde çalışan bir psikiyatriste yönlendirildi....*

*İki ay süren ama çok başarılı olmayan rehabilitasyon girişimi sonrasında iyileşemeyen savaş yaraları ve kötüleşen depresif ve kaygı belirtileri nedeniyle [Birleşik Devletler'deki] bir askerî hastaneye gönderildi... Psikiyatrik sıkıntıları değerlendirildi ve ayakta tedavi görmesi için sevk edildi. Akut TSSB tanı kriterlerini karşılıyordu ve kendisine ilaç tedavisi, destekleyici terapi ve grup terapisi önerildi... Ailesinin veya kız arkadaşının yanında "farklı, tedirgin veya agresif" biri gibi algılanma endişesinden dolayı evine geri dönmek veya hastalık izni almak konusunda emin değildi. Bir bakım merkezinde üç ay kaldıktan sonra (görevden tamamen alındı ve) tedavi sonrası bakım için savaş gazilerine hizmet veren yerel bir hastaneye sevk edildi.*

*(National Center for PTSD, 2008)*

Çatışmanın dehşeti sırasında askerler, genellikle son derece kaygılı ve depresif, kafası karışmış ve zihni bulanıklaşmış hatta fiziksel olarak hasta hâle gelebilir. Dahası, Latrell gibi birçok kişi için olağandışı stres veya travmaya verilen bu ve ilişkili diğer tepkiler, savaş deneyimi sonrasında da devam eder.

Elbette stresten etkilenenler sadece çatışma yaşayan askerler değildir. Ayrıca stresin psikolojik ve fiziksel işlevsellik üzerinde derin bir etkiye yol açması için yalnızca savaş deneyimlerinin sonucu olarak travma yaşamak da gerekmez. Stres her boyutta ve şekilde deneyimlenir, hepimiz bundan büyük ölçüde etkileniriz.

Bir şekilde değişmemizi gerektiren talepler veya fırsatlarla karşılaştığımızda bir dereceye kadar stres hissederiz. Stres durumunun iki bileşeni vardır: *stres etkeni/*

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.



Peio Hernandez/EPA/Newscom



Jon Dimis/AP Photo

**Farklı insanlar için farklı heyecanlar** Bazı insanlara her yıl düzenlenen "boğa koşusu" sırasında İspanya'nın Pamplona kentinin sokaklarında boğaları kovalama imkânı heyecan veriyor. Diğerleri, bu türden bir olasılıktan korkuyor ve bunun yerine İspanya, Irurzun'daki "deve-kuşlarının koşusu" şenliği sırasında devekuşları gibi daha evcil hayvanları kovalamayı tercih ediyor.

*stresör*, talepleri yaratan olay ve *stres tepkisi*, kişinin taleplere tepkisi. Yaşamda strese yol açan etkenler arasında, yoğun olduğu saatte trafikte olmak gibi can sıkıcı günlük zorluklar, üniversite mezuniyeti veya evlilik gibi dönüm noktası niteliğindeki olaylar, sağlık sorunları veya yoksulluk gibi uzun vadeli sorunlar veya büyük kazalar, saldırılar, kasırgalar veya savaş gibi geniş ölçekli travmatik olaylar sayılabilir. Bu tür stres etkenlerine verdiğimiz tepkiler hem olayları hem de olaylara etkili bir şekilde tepki verme kapasitemizi *değerlendirme* şeklimizden etkilenir (Blaxton ve Bergeman, 2017; Lazarus ve Folkman, 1984). Başa çıkma becerilerine ve kaynaklarına sahip olduklarını hisseden insanların stres etkenlerini doğal karşılama ve bu etkenlere sağlıklı bir şekilde tepki verme olasılıkları daha yüksektir.

Stresi tehdit edici olarak gördüğümüzde, doğal olarak ortaya çıkan tepki Bölüm 4'te de sıkça bahsedilen bir tepki olan uyarılma durumu ve korku duygusudur. Stres tepkileri ve neden olduğu korku duygusu genellikle psikolojik sorunlarda rol oynar. Çok sayıda stresli olay yaşayan kişiler, özellikle Bölüm 4'te okuduğunuz kaygı bozukluğu geliştirmeye yatkın hâle gelir (Furr ve diğ., 2018). Benzer şekilde stres düzeyindeki artış, depresyon, şizofreni, cinsel işlev bozuklukları ve diğer psikolojik sorunların başlangıcı ile ilişkilendirilmektedir.

Olağandışı stres ve travma, bazı psikolojik bozukluklarda daha da merkezî bir rol oynar. Bu bozukluklarda strese verilen tepkiler şiddetli ve zayıflatıcı hâle gelir, uzun bir süre geçmeyebilir ve bireyin normal bir yaşam sürmesini imkânsız hâle getirebilir. Travmanın ve olağanüstü stresin artmış uyarılma, kaygı ve duygudurum sorunları, bellek ve yönelim zorlukları ve davranış bozuklukları dâhil olmak üzere bir dizi önemli stres belirtisini tetiklediği çeşitli bozukluklar DSM-5'te "Travma ve Tetikleyici Stresörle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında listelenmektedir. Bu bozukluklardan ikisi, *akut stres bozukluğu* ve *travma sonrası stres bozukluğu* bu bölümde ele alınmaktadır. Ek olarak DSM-5'te birincil belirtilerin şiddetli bellek ve yönelim problemleri olduğu, travmatik olayların tetiklediği bir bozukluk grubu olan "disosiyasyon bozuklukları" da listelenmektedir. Bu bozukluklar da bu bölümde incelenmektedir.

Stresle ilişkili bu çeşitli bozuklukları tam olarak anlamak için stresin doğasını ve beynin ve vücudun strese tipik olarak nasıl tepki verdiğini anlamak önemlidir. Öyleyse gelin önce stres ve uyarılmayı inceleyelim, daha sonra ise akut ve travma sonrası stres bozuklukları ve disosiyatif bozuklukları ele alalım.

## Stres ve Uyarılma: Savaş ya da Kaç Tepkisi

Uyarılmanın özellikleri *hipotalamus* adı verilen beyin yapısı tarafından harekete geçirilir. Beynimiz bir durumu tehlikeli olarak yorumladığında, hipotalamustaki nörotransmitterler serbest bırakılarak beyindeki nöronların ateşlenmesini ve vücudun her tarafına kimyasalların salınmasını tetikler. Aslında hipotalamus iki önemli sistemi harekete geçirir: *otonom sinir sistemi* ve *endokrin sistem*. **Otonom sinir sistemi (OSS)**, *merkezî sinir sistemini* (beyin ve omurilik) vücudun diğer tüm organlarına bağlayan kapsamlı bir sinir lifleri ağıdır. Bu lifler, organların istem dışı gerçekleşen aktivitelerini kontrol etmeye yardımcı olur -nefes alma, kalp atışı, kan basıncı, terleme gibi (bk. **Şekil 5-1**). **Endokrin sistem**, vücutta bulunan *bezlerden* oluşan bir ağdır. (Bölüm 2'de okuduğunuz gibi bezler *hormonların* kan dolaşımına ve vücudun çeşitli organlarına salgılanmasını sağlar.) OSS ve endokrin sistemin sorumlu olduğu

görevler sıklıkla örtüşür. Bu sistemlerin uyarılmaya yol açtığı iki beyin-vücut yolu veya güzergahı vardır: *sempatik sinir sistemi* yolu ve *hipotalamik-hipofiz-adrenal* yol.

Tehlikeli bir durumla karşı karşıya kaldığımızda hipotalamus ilk önce kalp atışımızı hızlandıran ve korku veya kaygı olarak deneyimlediğimiz diğer değişikliklere yol açan bir grup OSS lifinden oluşan **sempatik sinir sistemini** harekete geçirir. Bu sinirler vücudun organlarını doğrudan uyarabilir -örneğin kalbi doğrudan uyarabilir ve kalp atış hızını artırabilir. Ayrıca bu sinirler *adrenal bezleri* (böbrek üstü bezleri), özellikle de *adrenal medulla* adı verilen bu bezlerin belirli bir alanını uyararak organları dolaylı olarak da etkileyebilir. Adrenal medulla uyarıldığında *epinefrin* (*adrenalin*) ve *norepinefrin* (*noradrenalin*) kimyasalları salınır. Bu kimyasalların beyinde salındıklarında önemli etkileri olan nörotransmitterler olduklarını zaten öğrenmiştiniz (bk. sayfa 38). Bununla birlikte bu kimyasallar adrenal medulladan salındıklarında hormonlar gibi davranırlar ve kan dolaşımından çeşitli organlara ve kaslara geçerek uyarılmayı artırırlar.

Algılanan tehlike geçtiğinde **parasempatik sinir sistemi** adı verilen ikinci bir otonom sinir sistemi lifleri grubu, kalp atışımızı ve diğer vücut süreçlerimizi normale döndürmeye yardımcı olur. Sempatik ve parasempatik sinir sistemleri birlikte uyarılma tepkilerimizi kontrol etmeye yardımcı olur.

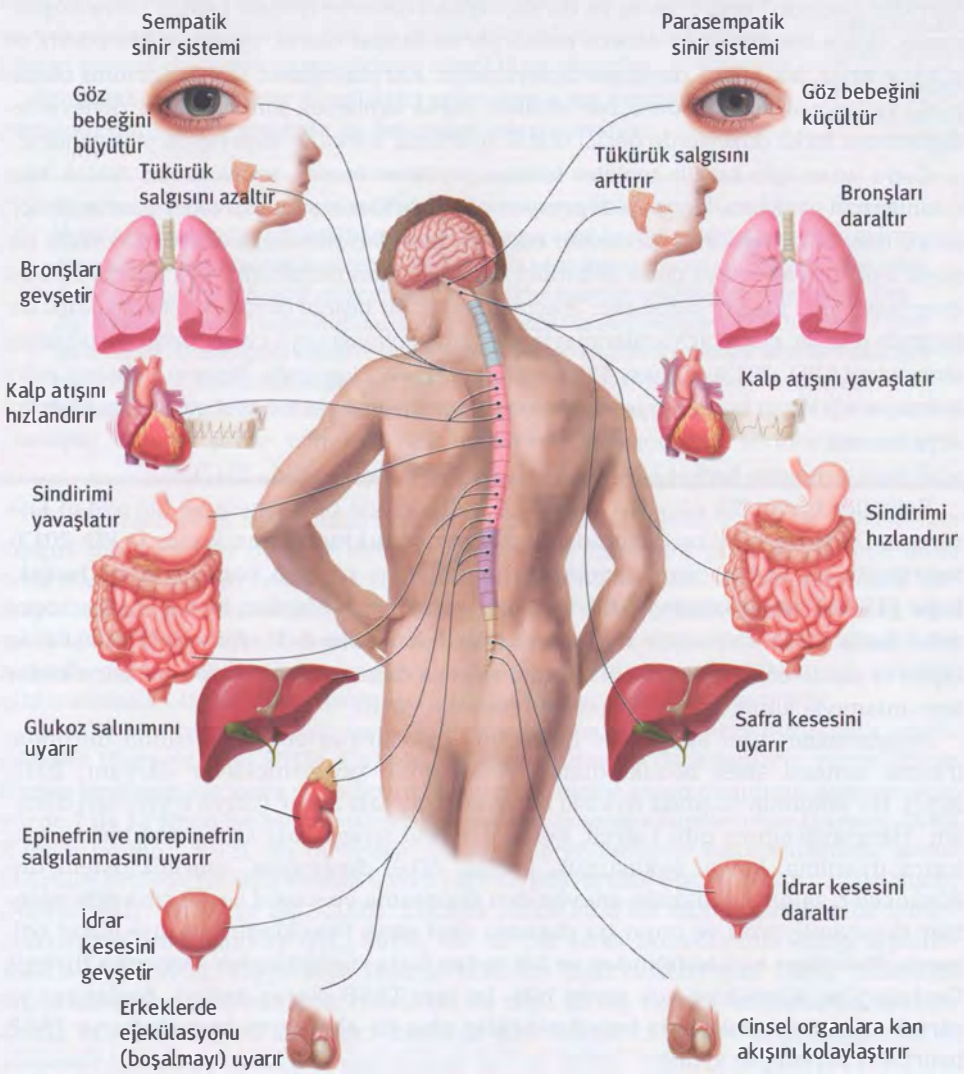
Uyarılmayı ortaya çıkaran ikinci beyin-vücut yolu **hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) yoldur** (bk. **Şekil 5-2**). Stres etkenleri ile karşılaştığımızda hipotalamus, bazen vücudun "ana stres hormonu" olarak adlandırılan *adrenokortikotropik hormonu*

**otonom sinir sistemi (OSS)** Merkezî sinir sistemini vücudun diğer tüm organlarına bağlayan sinir lifleri ağı.

**endokrin sistem** Büyüme ve cinsel aktivite gibi önemli faaliyetleri kontrol etmeye yardımcı olan, vücudun her yerinde bulunan bezler sistemi.

**sempatik sinir sistemi** Otonom sisnir sisteminin kalp atışını hızlandıran ve uyarılma olarak deneyimlenen diğer değişiklikleri ortaya çıkaran sinir lifleri.

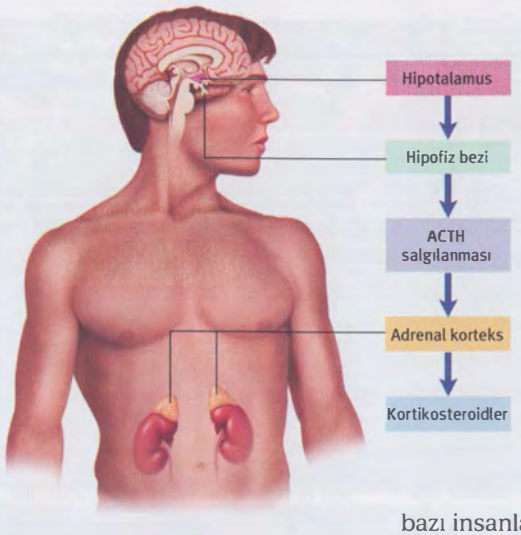
**parasempatik sinir sistemi** Otonom sinir sisteminin bedensel süreçleri normale döndürmeye yardımcı olan sinir lifleri.




ŞEKİL 5-1

## Otonom Sinir Sistemi (OSS)

OSS'nin sempatik bölümü harekete geçtiğinde bazı organları uyarır ve bazılarını ise baskılar. Sonuç, genel bir uyarılma durumudur. Aksine parasempatik bölümün harekete geçmesi, genel bir rahatlatıcı etkiye yol açar.




ŞEKİL 5-2

**Endokrin Sistem: HHA Yolu**

Bir kişi bir stres etkeni algıladığında hipotalamus, adrenal korteksi uyaran adrenokortikotropik hormonu veya ACTH salgılamak için hipofiz bezini harekete geçirir. Adrenal korteks, uyarılma ve korku tepkilerini tetiklemek için vücuttaki diğer organlara etki eden kortikostreoid adı verilen stres hormonlarını salgılar.

(*ACTH*) salgılaması için yakınında bulunan hipofiz bezini de uyarır. ACTH sırayla *adrenal korteks* adı verilen adrenal bezlerin dış katmanındaki alanı uyararak *kortizol* hormonu da dâhil olmak üzere **kortikosteroidler** adı verilen bir grup stres hormonunun salınımını tetikler. Bu kortikosteroidler, vücudun çeşitli organlarına ulaşır ve burada daha fazla uyarılma tepkisi üretir (Donohoue, 2017; Jacoby ve diğ., 2016).

Bu iki yolun ortaya çıkardığı tepkilerin hepsi birlikte *savaş ya da kaç* tepkisi olarak adlandırılır çünkü bunlar bedenimizi uyarır ve bizi tehlike karşısında bir tepki vermeye hazırlar. Her insanın otonom ve endokrin sisteminin işeyişi kendine özgüdür ve bu nedenle stres etkenleriyle karşılaşıldığında uyarılma da insanlar tarafından farklı şekillerde deneyimlenebilir. Örneğin bazı insanlar önemli tehditlere karşı bile nispeten daha az düzeyde bir gerginlikle tepki verirken bazı insanlar küçük bir tehdide karşı bile ciddi düzeyde bir gerginlikle tepki verirler. Ayrıca insanlar için hangi durumların tehdit edici olduğu da farklılık gösterir. Uçak seyahati bazı insanlarda ciddi düzeyde korku, bazılarında ise can sıkıntısı yaratabilir.

## Akut ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları

Elbette gerçekten stresli bir durumla karşılaştığımızda "Ah, otonom sinir sistemim harekete geçiyor." veya "Savaş ya da kaç tepkim devreye giriyor galiba." diye düşünmeyiz. Böyle bir durumda sadece psikolojik ve fiziksel olarak uyarılmış hissederiz ve gittikçe artan bir korku duygusu deneyimleriz. Karşılaştığımız stresli durumu olağanüstü ve/veya alışılmadık derecede tehlikeli olarak algılarsak şimdiye kadar deneyimlediğimizden farklı düzeylerde geçici olarak uyarılma, korku ve depresyon yaşayabiliriz.

Çoğu insan için bu tür tepkiler tehlike geçtikten hemen sonra azalır. Ancak bazı insanlar için uyarılma, kaygı ve depresyon gibi belirtilerin yanı sıra diğer bazı belirtiler, üzücü olay bittikten sonra da devam eder. Bu insanlar, psikolojik olarak travmatik bir olaya tepki olarak ortaya çıkan örüntüler olan *akut stres bozukluğu* veya *travma sonrası stres bozukluğu* yaşıyor olabilirler. Travmatik olay, bir kişinin gerçek veya korkutucu bir biçimde ölümle, ciddi bir yaralanmayla karşılamış olması veya cinsel saldırıya uğramış olmasıdır (APD, 2013). Bölüm 4'te okuduğunuz genelde çoğu insanın rahatsız edici bulmayacağı kaygı bozukluğuna neden olan durumların aksine akut stres bozukluğuna veya travma sonrası stres bozukluğuna neden olan durumlar -savaş, tecavüz, deprem, uçak kazası- hemen herkes için travmatik olabilir (Chou ve diğ., 2017).

Belirtiler travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde başlamışsa ve bir aydan kısa sürerse DSM-5'e göre bu durumda **akut stres bozukluğu** tanısı konur (APD, 2013). Belirtilerin bir aydan uzun sürmesi durumunda ise **travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)** tanısı konur. TSSB belirtileri, travmatik olaydan kısa bir süre sonra aylar hatta yıllar sonra bile ortaya çıkabilir (bk. **Tablo 5-1**). Aslında TSSB'si olan kişilerin yüzde 25'i, travmatik olaydan 6 ay veya daha uzun bir süre sonrasına kadar tam anlamıyla klinik belirti göstermez (Sareen, 2018).

Araştırmalar, tüm akut stres bozukluğu vakalarının en az yarısında durumun travma sonrası stres bozukluğuna dönüştüğünü göstermektedir (Bryant, 2018, 2017). Bu bölümün başında öyküsü aktarılan Irak'taki asker Latrell'e yeniden dönelim. Hatırlayacağınız gibi Latrell, konvoy görevi sırasındaki saldırıdan birkaç gün sonra uyarılma, kaygı, uykusuzluk, endişe, öfke, depresyon, sinirlilik, istem dışı düşünceler, saldırının olduğu anı yeniden anımsama ve sosyal uzaklaşma gibi sıkıntılar deneyimliyordu ve onun bu durumu akut stres bozukluğu tanısına işaret ediyordu. Belirtileri kötüleştiğinden ve bir aydan fazla sürdüğünden -Amerika Birleşik Devletleri'ne döndükten çok sonra bile- bu tanı TSSB olarak değişti. Başlangıcı ve süresi açısından aralarında bazı farklılıklar olsa da akut stres bozukluğu ve TSSB belirtileri neredeyse aynıdır:

**hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA)** Beynin ve vücudun uyarılma ürettiği bir yol.

**kortikosteroidler** Stres durumunda kortizol hormonu da dâhil olmak üzere böbrek üstü bezler tarafından salgılanan hormonlar.

**akut stres bozukluğu** Bir kişinin travmatik bir olaydan hemen sonra ve bir aydan daha kısa bir süre boyunca korku ve ilişkili belirtiler deneyimlediği bir bozukluk.

**travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)** Bir kişinin travmatik bir olaydan uzun bir süre sonra korku ve ilişkili belirtileri deneyimlediği bir bozukluk.

**ARTMIŞ UYARILMIŞLIK, OLUMSUZ DUYGULAR VE SUÇLULUK** İnsanlar aşırı biçimde tetikte olma hâli (yani aşırı uyarılmışlık) hissedebilir, kolayca irkilebilir, odaklanmakta güçlük çekebilir ve uyku problemleri yaşayabilir. Kaygı, öfke veya depresyon deneyimleyebilir ve travmatik olaydan kendileri kurtulup başkaları hayatta kalamadığı için aşırı düzeyde suçluluk hissedebilirler (Norman ve diğ., 2018). Bazıları hayatta kalmak için yapmak zorunda kaldıkları şeyler konusunda da kendilerini suçlu hissederler.

**TRAVMATİK OLAYI YENİDEN YAŞAMA** İnsanlar, olayla ilişkili tekrarlayan düşünceler, anılar, rüyalar veya kabuslar yüzünden yıpranabilir (Walton ve diğ., 2017). Bazıları olayı zihinlerinde o kadar canlı bir şekilde yeniden yaşar (geri dönüşler) ki olay sanki yeniden oluyormuş gibi hissederler.

**KAÇINMA** İnsanlar genellikle onlara travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden ve travmatik olayla ilişkili düşüncelerden, duygulardan veya konuşmalardan kaçınmaya çalışırlar.

**TEPKİSELLİĞİN AZALMASI VE DİSOSİYASYON** Bu bozukluklara sahip kişiler kendilerini diğer insanlardan kopuk hissedebilir, dış uyaranlara karşı tepkisiz olabilir ve daha önceden keyif aldıkları etkinliklere karşı ilgilerini kaybedebilirler. Pek çoğu disosiyasyon (çözülme) veya psikolojik kopuş türü belirtiler deneyimler: yani kendilerini sersemlemiş hisseder, bir şeyleri hatırlamakta güçlük çeker, kendine yabancılaşma (depersonalizayon) (kendisinin veya bedeninin gerçek olmadığı hissi) veya gerçek dışılık (derealizasyon) (çevredekilerin gerçek dışı veya garip olduğu hissi) hissi yaşarlar.

Aşağıdaki örnekte, eve döndükten yıllar sonra bir Vietnam savaş gazisinin hatırladığı anılarda bu belirtileri görebilirsiniz:

> *Bu anıları, aklımdan çıkaramıyorum! Kapının çarpması veya kızarmış et kokusu gibi en önemsiz şeyler bile o anlara dair görüntüleri tetikliyor ve her şey canlı bir şekilde tüm ayrıntıları ile aklıma geri geliyor. Dün gece yatağa gittim, rahatlamak için iyi bir uyku çekiyordum. Sonra sabahın erken saatlerinde bir fırtına başladı ve bir şimşek çaktı. Aniden uyandım ve korkudan donakaldım. Yeniden Vietnam'daydım, muson mevsiminin ortasında nöbet karakolundaydım. O an bir sonraki bombardımanda vurulacağıma emindim ve öleceğime ikna oldum. Ellerim donuyor ama tüm vücudum terliyor gibiydi. Boynumun arkasındaki her saçın ucundan terlerin damladığını hissediyordum. Nefesim çok hızlıydı ve kalbim çarpıyordu. Nemli bir kükürt kokusu alıyordum.*
>
> *(Davis, 1992)*

**TABLO: 5-1**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
|---|
| 1. Kişi travmatik bir olaya maruz kalır -ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi bir yaralanma veya cinsel saldırı. |
| 2. Kişi, istem dışı ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden en az birini deneyimler:<br>• Yineleyen, istem dışı ve sıkıntı veren anılar<br>• Travmatik olayla ilişkili yineleyen ve sıkıntı veren rüyalar<br>• Geçmişe dönüşler gibi disosiyatif deneyimler<br>• Travmatik olayla ilişkili uyaranlarla karşılaşınca önemli düzeyde sıkıntı yaşama.<br>• Travmatik olay(lar) ile ilişkili uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme. |
| 3. Kişi travmatik olayla ilişkili uyaranlardan sürekli kaçınır. |
| 4. Kişi, olayların temel özelliklerini hatırlayamama veya yineleyen olumsuz duygular gibi travmatik olayla ilişkili bilişlerde ve duygudurumda meydana gelen olumsuz değişiklikler yaşar. |
| 5. Kişi, aşırı uyarılmışlık, aşırı irkilme tepkileri veya uyku bozuklukları gibi uyarılma veya tepkisellikte göze çarpan değişiklikler gösterir. |
| 6. Kişi, bir aydan daha uzun süren bu belirtiler nedeni ile önemli düzeyde sıkıntı veya işlevsellikte bozulma yaşar. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

Klinisyenler, stres sendromlarının bir parçası olarak disosiyasyon ve tepkisellikte azalma gibi belirtiler deneyimleyen kişilerin, diğer hastalara göre işlevlerinde daha fazla bozulma olduğu ve daha fazla sıkıntı yaşama eğiliminde oldukları kanısına varmaya başlamıştır (Hansen, Ross ve Armour, 2017). Bu örüntü özellikle savaş, cinsel istismar veya diğer fiziksel istismar türleri, özellikle de tekrar tekrar sürekli bir biçimde maruz kalınan istismar veya çocukluk döneminde maruz kalınmış istismar gibi travmatik olaylar deneyimlemiş TSSB mağdurları arasında yaygındır.

Çocukluk çağında bile her yaşta akut veya travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıkabilir (Furr ve diğ., 2018). Çalışmalar Kuzey Amerika'da insanların yüzde 3,5 ila 6'sının herhangi bir yaşta stres bozukluklarından birine sahip olduğunu göstermekte, yüzde 7 ila 12'sinde ise bu bozukluklar yaşamları boyunca sürmektedir (Sareen, 2018; Kessler ve diğ., 2012). Bu bireylerin yaklaşık yarısı tedaviye başvurmaktadır ancak belirtiler ortaya çıktıktan hemen sonra yapılan başvurular nispeten daha az sayıdadır (NIHM, 2017; Wang ve diğ., 2005). Yaklaşık yüzde 20'si ise intihar girişiminde bulunmaktadır (Cunninham ve diğ., 2019). Bu tür bir stres bozukluğuna sahip kişilerde sıklıkla depresyon, kaygı veya madde kullanım bozuklukları gibi başka psikolojik bozukluklar da görülmektedir (Dworkin ve diğ., 2018). Ayrıca bu kişilerde bronşit, astım, kalp hastalığı ve karaciğer hastalığı gibi fiziksel hastalıkların gelişme riski de yüksektir (Sareen, 2018; La Greca, Comer ve Lai, 2016).



Craig F. Walker/Getty Images

**Kalıcı etki** Vietnam Savaşı'ndan kırk yıldan fazla bir süre geçmiş olmasına rağmen bu savaşın çeyrek milyon gazisi hala TSSB'den muzdarip. 2016'daki ölümüne kadar bu sorunu yaşayan savaş gazilerinden biri de Kral Charsa Bakari Kamau idi. Burada kendisi için en iyi terapi biçimi olduğunu düşündüğü bir uğraşı olan Denver, Colorado'daki bir alışveriş merkezinde piyano çalarken görülüyor.

Düşük gelirli insanların stres bozukluğu yaşama olasılığı yüksek gelirli insanlara göre iki kat daha fazladır (Sareen, 2018; Sreen ve diğ., 2011). Kadınların bir stres bozukluğu geliştirme olasılığı erkeklerden daha fazladır. Şiddetli bir travmatik olaya maruz kalan erkeklerin yüzde 8'inde, kadınların ise yaklaşık yüzde 20'sinde bu tür bir deneyim sonrasında bir stres bozukluğu gelişebilmektedir (Perrin ve diğ., 2014; Russo ve Tartaro, 2008). Benzer şekilde İspanyol Amerikalılar, Afrikalı Amerikalılar ve Amerika Yerlilerinin şiddetli bir travmatik olaya maruz kaldıktan sonra bir stres bozukluğu geliştirme olasılıkları, İspanyol olmayan beyaz Amerikalılara göre daha yüksektir (Tull, 2017; Ghafoori ve diğ., 2013). Irk ve etnik köken ile ilgili bu farklılıkların nedenleri belirsizdir.

## Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Ne Tetikler?

Herhangi bir travmatik olay, bir stres bozukluğunu tetikleyebilir ancak özellikle bazı olaylara maruz kalmanın bir stres bozukluğuna neden olma olasılığı daha fazladır (Sareen, 2018). Bu tür olaylardan en yaygın olanları arasında savaş, afetler, istismar ve zorbalık yer almaktadır.

**Savaş** Yıllar içinde klinisyenler, birçok askerin savaş sırasında şiddetli kaygı ve depresyon belirtileri geliştirdiğini fark etmiştir. Bu durum Birinci Dünya Savaşı sırasında "mermi şoku" ve İkinci Dünya Savaşı ve Kore Savaşı sırasında "savaş yorgunluğu" olarak adlandırıldı (Figley, 1978). Fakat Vietnam Savaşı sonrasına kadar klinisyenler çok sayıda askerin savaştan sonra da ciddi düzeyde psikolojik belirtiler yaşadığını bilmiyordu (Ruzek ve diğ., 2011).

1970'lerin sonlarında birçok Vietnam savaş gazisinin hâlâ savaşla ilgili psikolojik güçlükler yaşadığı anlaşıldı. Artık erkek ve kadın tüm Vietnam gazilerinin yüzde 29'unun akut veya travma sonrası stres bozukluğu yaşadığını, diğer yüzde 22'sinin ise en azından stres belirtilerinin bazılarını gösterdiğini biliyoruz (Hermes, Hoff ve Rosenheck, 2014; Krippner ve Paulson, 2006). Aslında Vietnam gazilerinin %10'u travmatik olayın yaşandığı ana geri dönüşler, gece terörü, kâbuslar ve yineleyen imgeler ve düşünceler dâhil olmak üzere travma sonrası stres belirtileri ile hâlâ mücadele etmektedir (Gradus, 2017; Marmar ve diğ., 2015).

Afganistan ve Irak'taki savaşların sayısı yaklaşık 2,7 milyona ulaşan gazileri arasında da benzer bir durum görülmektedir (Stevelink ve diğ., 2018; Vasterling ve diğ., 2016; Ruzek ve diğ., 2011). Şimdiye kadar bu savaşlarda görevlendirilen kişilerin yaklaşık %20'sinde TSSB belirtileri görülmüştür. Doğrudan ve uzun süre savaşla ilgili strese maruz kalanlar arasında, TSSB belirtileri görülme oranı daha da yüksektir.

TABLO: 5-2

### Son 110 Yılın En Kötü Doğal Afetleri

| Afet | Yıl | Yer | Ölü Sayısı |
|---|---|---|---|
| Sel | 1931 | Huang Nehri, Çin | 3,700,000 |
| Tsunami | 2004 | Güney Asya | 280,000 |
| Deprem | 1976 | Tangshan, Çin | 255,000 |
| Sıcak Hava Dalgası | 2003 | Avrupa | 35,000 |
| Volkan | 1985 | Nevado del Ruiz, Kolombiya | 23,000 |
| Kasırga | 1998 | (Mitch) Orta Amerika | 18,277 |
| Heyelan | 1970 | Yungay, Peru | 17,500 |
| Çığ | 1916 | İtalyan Alpleri | 10,000 |
| Kar Fırtınası | 1972 | İran | 4,000 |
| Hortum | 1989 | Saturia, Bangladeş | 1,300 |

Bilgi kaynağı: Statista, 2018; Infogalactic, 2016; USGS, 2011; Ash, 2001.

**Afetler ve Kazalar** Akut ve travma sonrası stres bozuklukları, depremler, seller, kasırgalar, yangınlar, uçak kazaları ve ciddi araba kazaları gibi doğal bir şekilde ve kazara meydana gelen felaketler sonrasında da ortaya çıkabilir (bk. Tablo 5-2). Araştırmacılar, örneğin 2005'te Katrina Kasırgası, 2018'de BP Meksika Körfezi kıyısı petrol sızıntısı ve 2017'de Porto Riko, Florida ve Teksas'ı vuran yıkıcı kasırgalar sonrasında hayatta kalanlar arasında TSSB görülme oranlarının alışılmadık derecede yüksek olduğunu bildirmiştir (Dickerson, 2017; Brown ve diğ., 2016). Aslında daha sık meydana geldikleri için sivil insanların yaşadığı travmatik olaylar, askerlerin savaşta yaşadığı travmatik olaylara göre en az 10 kat daha fazla sıklıkla stres bozukluklarını tetikliyor gibi görünmektedir (Bremner, 2002). Araştırmalar, trafik kazası geçiren yetişkinlerin ve çocukların %12 ila 40'ının kazadan sonraki bir yıl içinde TSSB geliştirebileceğini göstermiştir (Sareen, 2018; Noll-Hussong ve diğ., 2013).

**Zorbalık** İstismara uğramış veya zorbalığa maruz kalmış mağdur kişilerde genellikle uzun süre devam eden stres belirtileri görülebilir. Araştırmalar, fiziksel veya cinsel saldırı mağdurlarının üçte birinden fazlasının TSSB geliştirdiğini

göstermektedir (Sareen, 2018; Koss ve diğ., 2011). Doğrudan terör saldırısına veya işkenceye maruz kalan insanların yaklaşık yarısında TSSB görülebilmektedir (Comer ve diğ., 2018; Başoğlu ve diğ., 2001).




David McNew/Getty Images

**Açılmanın gücü** Bu göstericiler Los Angeles, California'da düzenlenen #MeToo (Ben de) Hayatta Kalanlar Yürüyüşü'ne katılıyor. Cinsel saldırı ve taciz deneyimleri hakkında kamuoyunda çok ses getiren bir dizi açılmanın ardından 2017'de başlayan #MeToo hareketinin bir parçası olarak dünyanın her yerinden kadınlar bu deneyimleri hakkında konuştular -halkın farkındalığını artıran, milyonlarca mağdura destek verilmesini ve onlarla empati kurulmasını sağlayan ve toplumsal yasalarda, iş yeri politikalarında ve sosyal normlarda değişiklik çağrılarına yol açan bir açılma dalgası. Bir araştırmaya göre yazılı veya sözlü olarak açılma, genellikle bir kişinin travmatik deneyimlerden kaynaklanan sıkıntılarından kurtulmasını sağlamakta ve TSSB'nin başlamasını önlemeye yardımcı olabilmektedir.

**CİNSEL SALDIRI** Günümüzde toplumda yaygın olan zorbalık veya mağduriyet biçimi de cinsel saldırıdır (bk. sayfa 147'deki Bilgi Merkezi). Tecavüz, bir kişiyi rızası olmadan cinsel ilişkiye veya başka bir cinsel eyleme zorlama veya bir yetişkin ile reşit olmayan bir kişi arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 96.000 tecavüz vakası veya tecavüz girişimi polise bildirilmektedir (FBI, 2017). Uzmanların çoğu, birçok mağdurun cinsel saldırıya uğradığını bildirme konusundaki isteksizliği göz önüne alındığında bu rakamların gerçek tecavüz vakalarının ve tecavüz girişimlerinin çok küçük bir kısmını yansıttığına inanmaktadır. Tecavüz eylemini gerçekleştirenlerin çoğu erkek ve mağdurların ise çoğu kadındır. Her altı kadından biri yaşamlarının herhangi bir döneminde tecavüze uğramaktadır. Mağdurların yaklaşık yüzde 71'inin tanıdıkları, yakın arkadaşları veya akrabaları tarafından tecavüze uğradığı bildirilmektedir (BJS, 2017, 2016, 2013).

Farklı ırklar ve etnik gruplar arasında tecavüz oranları farklılık göstermektedir. Amerika Yerlisi kadınların yaklaşık yüzde 27'si ve Afrikalı Amerikalı kadınların yüzde 22'si yaşamlarının bir döneminde tecavüze uğramaktayken bu oran İspanyol kökenli olmayan beyaz Amerikalı kadınlar için yüzde 19, Latin Amerikalı kadınlar için yüzde 15 ve Asya kökenli Amerikalı kadınlar için yüzde 12'dir (BJS, 2017, Black ve diğ., 2011).

Tecavüzün mağdur üzerindeki psikolojik etkisi hızlı bir şekilde ortaya çıkar ve uzun bir süre devam edebilir (Bates, 2017; Koss ve diğ., 2015, 2011, 2008). Tecavüz mağdurları tipik olarak saldırıdan sonraki hafta boyunca çok büyük bir sıkıntı yaşar. Stres düzeyi, olay sonrasındaki 3 hafta boyunca artmaya devam eder, bir ay süre ile zirvede yaşanır ve sonrasında azalmaya başlar. Konu ile ilgili bir araştırmada tecavüz mağdurlarının yüzde 94'ünün, saldırıdan yaklaşık 12 gün sonra akut stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan belirtiler gösterdikleri görülmüştür (Rothbaum ve diğ., 1992). Bazı tecavüz mağdurları üç veya dört ay içinde psikolojik olarak olumlu yönde gelişim gösterse de diğerleri için saldırıların derin etkileri 18 ay veya daha uzun süre devam etmektedir. Mağdurlar tipik olarak ortalamanın üzerinde bir düzeyde kaygı, şüphecilik, depresyon, öz saygı sorunları, kendini suçlama, saldırının gerçekleştiği ana geri dönüşler, uyku sorunları ve cinsel işlev bozukluğu gibi durumları deneyimleye devam etmektedir (Bates, 2017; Remes ve diğ., 2016).

**Hekimler, polis, mahkemeler ve diğer ilgili yetkililer tecavüz mağdurlarının psikolojik ihtiyaçlarını daha iyi nasıl karşılayabilir?**

Tecavüz ve diğer suçların kadın mağdurları diğer kadınlardan çok daha fazla sayıda ve düzeyde uzun vadeli sağlık sorunları da yaşamaktadır (Bates, 2017; Koss ve Heslet, 1992). 390 kadınla yapılan görüşmeler, bu tür mağdurların suç eyleminden sonra en az beş yıl boyunca fiziksel sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve iki kat daha fazla kez bir hekimden randevu aldıklarını ortaya koymuştur.

Ailede sürekli şekilde gerçekleşen mağduriyet ve istismar -özellikle de çocuk ve eş istismarı- psikolojik stres bozukluklarına yol açabilir (Mills, Hill ve Johnson, 2018; Ng ve diğ., 2018). Bu istismar biçimleri uzun süre devam ettiği ve aileye olan güveni zedelediği için mağdurların birçoğu başka belirtiler ve bozukluklar da geliştirebilir.

**TERÖR SALDIRISI** Terör mağduru olan veya terör tehdidi altında yaşayan kişiler genellikle travma sonrası stres belirtileri yaşarlar (Comer ve diğ., 2018, 2016; Glad ve ark, 2017). Ne yazık ki bu tür bir travmatik stres kaynağı günümüz toplumlarında gittikçe yaygınlaşmaktadır. 11 Eylül 2001'de gerçekleşen terör olayları Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünyanın geri kalanında kalıcı bir iz bırakmıştır. Kaçırılan uçaklar New York City'deki Dünya Ticaret Merkezi'ne çarptı ve Washington DC'deki Pentagon'u da kısmen yıktı, binlerce insanın ve kurtarma görevlisinin hayatını kaybetmesine yol açtı ve daha binlerce insanı da umutsuzca koşmak, sürünmek hatta güvenli bir alana

**tecavüz** Bir kişiyi rızası olmadan cinsel ilişkiye veya başka bir cinsel eyleme zorlama veya bir yetişkin ile reşit olmayan bir kişi arasındaki cinsel ilişki.




Loic Venance/Getty Images

**Je suis Charlie** 2015 yılında teröristler, haftalık olarak yayımlanan mizah dergisi *Charlie Hebdo*'nun 12 çalışanının öldürülmesi de dahil olmak üzere Paris'te üç gün süren cinayetler serisi şeklinde saldırılar gerçekleştirdi. Je suis Charlie ("Ben Charlie'yim.") sloganını kullanan 4 milyona yakın insan, Fransa'daki mitinglere katıldı ve ifade özgürlüğünü destekledi ve terörün karşısında durma konusunda kararlılıklarını dile getirdi. Bu terörist saldırı, diğer saldırılar gibi Fransa genelinde TSSB oranında önemli bir artışa yol açtı (Ben-Erza ve diğ., 2015).

giden yolu elleriyle kazmak zorunda bıraktı. Çok sayıda araştırma, böylesi bir felaketin ardından birçok kişinin şok, korku ve öfke gibi kısa süreli stres tepkilerinden TSSB gibi psikolojik bozukluklara kadar değişen, ani ve uzun vadeli psikolojik sıkıntılar yaşadığını ortaya koymuştur (Comer ve diğ., 2018; Ruggero ve diğ., 2013).

İzlem çalışmaları, birçok kişinin terör saldırısı sonrasında da saldırı ile ilişkili stres tepkileriyle mücadele etmeye devam ettiğini göstermektedir (Tucker ve diğ., 2018; Adams ve Boscarino, 2005). Nitekim saldırılardan yıllar sonra bile ABD'deki tüm yetişkinlerin %42'si ve New York'taki tüm yetişkinlerin %70'i yüksek düzeyde terör saldırısı korkusu yaşadığını, %23'ü evlerinde daha az güvende hissettiklerini ve %15'i saldırılardan önceki zamanlarda tükettiği miktardan daha fazla miktarda alkol tükettiğini bildirmektedir. Ayrıca tüm ülkede bir yıllık süreçte prevelansı %3,5 olan TSSB, New York'taki yetişkinler arasında daha yaygındır ve yetişkinlerin yüzde 9'unda görülmektedir. 2004'te Madrid'deki banliyö treni bombalaması, 2013 Boston Maratonu bombalaması, Nice, Fransa'daki 2016 Bastille Günü kamyonet saldırısı ve Manchester, İngiltere'deki 2017 Ariana Grande konserindeki patlama gibi saldırılara ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar da bu saldırıların ABD'deki terör saldırılarının etkilerine benzer etkileri olduğunu göstermektedir (Comer ve diğ., 2018, 2014; Goodwin ve diğ., 2017).

ABD'de ve dünya genelinde gittikçe artan bir diğer olgu da 2017'de Parkland, Florida Marjory Stoneman Douglas Lisesinde 17 kişinin öldürülmesi gibi okullarda ve diğer kamusal alanlarda -bazen bir terör saldırısı şeklinde bazen de farklı amaçlarla- gerçekleştirilen kitlesel saldırılardır (bk. sayfa 408). Yine bu tür saldırılar sonrasında da araştırmalar saldırıdan kurtulanların çoğunun stres bozuklukları geliştirdiğini göstermektedir (Godlasky, 2018; Bekker, 2017).

**İŞKENCE** İşkence, mağdurları mutlak bir çaresizlik durumuna düşürmek için acımasız, aşağılayıcı ve kafa karıştırıcı stratejilerin" kullanılması olarak adlandırılır (Okawa ve Hauss, 2007). Çoğu zaman kişileri bir itirafta bulunmaya veya bir konu hakkında bilgi vermeye zorlamak amacıyla bir devletin veya başka bir otoritenin emriyle gerçekleştirilebilir (Dando, 2017). 16. Bölüm'de de göreceğiniz gibi "terörle savaşta" şüpheli olarak kabul edilen tutuklulara işkence yapmanın ahlaken sorunlu bir davranış olup olmadığı son on yılda pek çok tartışmanın konusu da olmuştur.

Terör şüphelisi öğrenci aktivistlerden dinî, etnik ve kültürel azınlık gruplarının üyelerine kadar her kesimden insan işkenceye maruz kalmaktadır. Kullanılan teknikler arasında *fiziksel işkence* (dayak, su altında tutarak havasız bırakma, elektrik verme), *psikolojik işkence* (ölüm tehditleri, sahte infazlar, sözlü taciz, aşağılama), *cinsel işkence* (tecavüz, cinsel organlara zarar verme, cinsel aşağılama) veya *yoksunluk yoluyla işkence* (uyku yoksunluğu, duyusal yoksunluk, sosyal yoksunluk, beslenme yoksunluğu, tıbbi yoksunluk veya hijyen yoksunluğu) sayılabilir. İşkence mağdurları maruz kaldıkları işkencenin bir sonucu olarak sıklıkla bedenlerinde oluşan yaralar

**işkence** Mağdurları mutlak bir çaresizlik durumuna düşürmek için acımasız, aşağılayıcı ve kafa karıştırıcı stratejilerin kullanılması.

# CİNSEL SALDIRI

Cinsel saldırıya maruz kalmış kişiler, rızaları dışında cinsel eylemde bulunmaya zorlanmış kişilerdir. Çoğu tanıma göre, tecavüz mağdurları cinsel ilişkiye veya cinsel ilişkinin farklı biçimlerine zorlanmıştır.

Tecavüz mağdurları genellikle sıkıntı yaratan fiziksel ve psikolojik semptomları içeren tecavüz travması sendromu (TTS) yaşarlar. TTS aslında bir TSSB biçimidir. Tecavüz mağdurlarının yaklaşık üçte biri TSSB geliştirir.

## TECAVÜZÜN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

intihar düşünceleri
intihar girişimleri
psikolojik bozukluklara karşı kırılganlık
kendini suçlama ve ihanete uğramış olma duyguları
geçmişe dönüş
panik ataklar
uyku sorunları
bellek sorunları

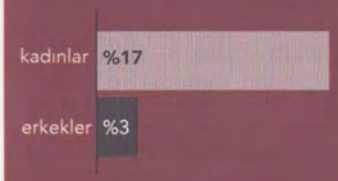
**Tecavüz mağdurlarının:**

- 3 X depresyon geliştirme olasılıkları 3 kat daha yüksektir
- 4 X intiharı düşünme olasılıkları 4 kat daha yüksektir
- 6 X TSSB geliştirme olasılıkları 6 kat daha yüksektir
- 13 X alkolü kötüye kullanma olasılığı 13 kat daha yüksektir
- 26 X madde kullanma olasılığı 26 kat daha yüksektir

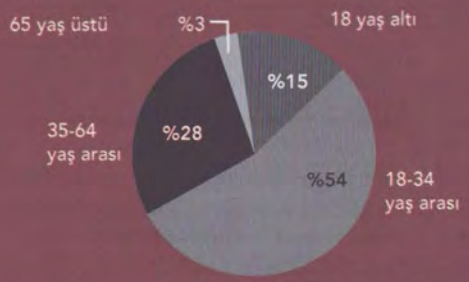
(CMSAC, 2017; RAINN, 2016, 2009; Adams, 2013)

## MAĞDURLAR KİMLER?

**Cinsiyet**

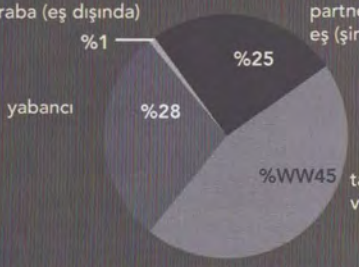



**Yaş**




(Bates, 2017; RAINN, 2016, 2009)

**Tecavüz suçunu kim işler?**




(BJS, 2017, 2016, 2013; RAINN, 2016; Adams, 2013)

## ÜNİVERSİTE KAMPÜSLERİNDE CİNSEL SALDIRI

2014 yılında Beyaz Saray, kampüslerdeki cinsel saldırı sorununu ele almak üzere eyleme geçmeleri ve daha etkili önlemler geliştirmeleri için üniversitelere baskı yaptı. Ayrıca, tüm öğrencileri ve üniversite personelini, cinsel saldırıları önlemek ve bunlara müdahale etmekten kampüste bulunan her bir kişiyi sorumlu kılan "It's on US" (Bizim Suçumuz) sözünü vermeye teşvik etti. Bu girişim günümüzde, kampüste cinsel saldırı konusunda farkındalığı artırmak için sosyal medya platformlarını kullanan "It's on US" adlı ülke çapında bir kampanyaya dönüşmüştür.

IT'S ON US

Rıza dışı cinsel ilişkinin cinsel saldırı olduğunu KABUL ETME
Cinsel saldırının meydana gelebileceği durumları TANIMA
Rızanın verilmediği veya verilemeyeceği durumlara MÜDAHALE ETME
Cinsel saldırının kabul edilemez olduğu ve mağdurların desteklendiği bir ortam YARATMA sözü veriyorum.

**Üniversite Kampüslerinde Kriz**

(RAINN, 2016, 2009; CRCC, 2014; Weiner, 2014; Adams, 2013)




üniversitede cinsel saldırıya uğrayan kadınlar




üniversitede gerçekleşen bildirilmemiş tecavüzler




bedensel yaralanmalara maruz kalan üniversite tecavüz mağdurları

Polise yılda 96,000 tecavüz bildiriliyor, ancak bir yılda gerçekleşen tecavüz sayısının en az **432,000** olduğu tahmin ediliyor
(FBI, 2017; Statista, 2017; BJS, 2017, 2016)

**İyileşmeye Yardımcı Olan Etkenler**

- Olumlu benlik saygısı
- Sosyal destek
- Stresle başa çıkmada başarılı geçmiş deneyimler
- Ekonomik güvenlik
- Tecavüz ve tecavüz travma sendromu hakkında doğru bilgilere sahip olma
- Yapıcı karar verme

(NCVS, 2017, 2014)

**İyileştirmeyi Geciktiren Etkenler**

- Geçmişte zorbalığa maruz kalmış olma
- Kronik stres etkenleri
- Sosyal destek eksikliği
- Düşük benlik saygısı
- Saldırı sırasında maruz kalınan şiddetin derecesi

(NCVS, 2017, 2014)

ve kırıklar, nörolojik problemler ve kronik ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklar yaşarlar. Ayrıca işkence mağdurlarının yüzde 30 ila 50'si TSSB geliştirmektedir (Ibrahim ve Hassan, 2017; Taylor ve diğ., 2013).

**#YaygınDurum**

Yetişkinlerin %60'ından fazlası hayatlarında en az bir kez travmatik bir olay yaşamıştır (NCPTSD, 2016; Sidran Institute, 2016).

## İnsanlar Neden Akut ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları Geliştirir?

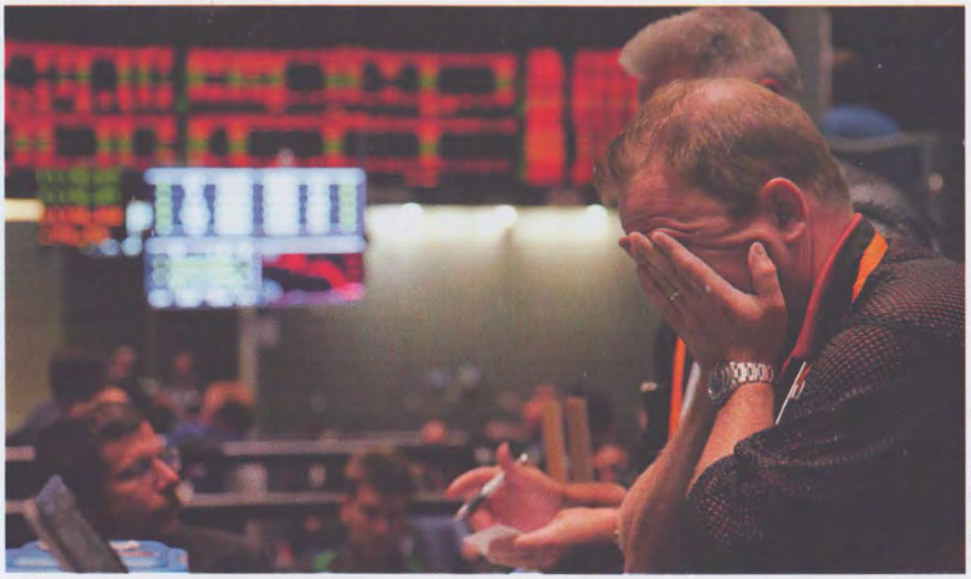
Olağandışı travmatik bir olayın bir stres bozukluğuna neden olabildiği açıktır. Yine de, stresli olayın kendisi bu durumu bütünüyle açıklamak için tek başına yeterli olmayabilir. Olağandışı travmatik bir olaya maruz kalan herkes bundan etkilenir, fakat sadece bazı kişilerde stres bozukluğu gelişir. Bu bozuklukların gelişimini daha iyi anlamak için araştırmacılar *biyolojik etkenleri, çocukluk deneyimlerini, bireysel etkenleri, sosyal destek sistemlerini* ve *travmanın şiddetini ve doğasını* dikkate almaktadır. Bu bölümde en çok araştırılan stres bozukluğu olması nedeni ile TSSB'ye odaklanılacaktır.

**Biyolojik Etkenler** Araştırmacılar travma sonrası stres bozukluğunu çeşitli biyolojik etkenlerle ilişkilendirmiştir. Bu doğrultuda araştırmacıların en çok odaklandığı etkenler *beyin-vücut stres yolları, beynin stres döngüsü* ve *genetik yatkınlıklardır.*

**BEYİN-VÜCUT SİSTEMİ STRES YOLLARI** Hatırlayacağınız gibi, stresli olduğumuzda, hipotalamus beyin ve vücut boyunca sempatik sinir sistemi yolu ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) yol olmak üzere iki stres yolunu harekete geçirir (bk. sayfa 142-142). Bu yollar, strese karşı genel bir uyarılma durumu üreterek tepki verir, ilk yol sinir hücrelerini ateşler ve ikincisi ise kan dolaşımına hormonlar salgılar.

Her insan travmatik olaylara bu iki yol boyunca artan bir uyarılma ile tepki verirken araştırmalar TSSB geliştiren kişilerin travmatik olaylara özellikle daha yüksek düzeyde bir uyarılma ile tepki verdiğini göstermektedir (Dayan, Rauchs ve Guillery, 2017; Ross ve diğ., 2017). Bu tür bireylerin şiddetli bir travmatik olayla karşılaşmadan önce bile söz konusu stres yollarının daha az şiddetteki stres kaynaklarına aşırı tepki verdiğine ve bu durumun da TSSB geliştirmeye yatkınlık oluşturduğuna dair kanıtlar vardır. Şiddetli bir travmatik olayla karşılaştıktan *sonra* beyin-vücut yollarında daha da aşırı bir hareketliliğin oluştuğunda dair kanıtlar da söz konusudur (Lehrner ve Yehuda, 2018; Rasmusson ve Shalev, 2014). Araştırmacıların savaşa katılmış askerlerin, tecavüz mağdurlarının, toplama kampından ve diğer ağır travmatik olaylardan kurtularak hayatta kalanların idrar, kan ve tükürüğünde söz konusu iki beyin-vücut stres yolunda önemli rolleri olan *kortizol* hormonunun ve *norepinefrin* nörotransmitterinin/hormonunun anormal düzeyde aktivitesini tespit etmiş olmaları şaşırtıcı değildir (Tull ve diğ., 2018; Gola ve diğ., 2012). Kısacası TSSB geliştiğinde bu beyin-vücut stres yolları, stres karşısında daha da fazla aşırı tepki üretir ve bu sürekli devam eden

**İşlev bozukluğu geliştirmeye aday olanlar** Bir borsacı, özellikle hisse senetlerinin borsa değerinin düştüğü kötü bir günün ardından yorgunluk, endişe ve güvensizlik yaşayabilir. Bir borsacınınki gibi iş yaşamında karşılaşılan güçlükler, yaşamdaki stres etkenlerine bir yanıt olarak aşırı ve uzun süreli kaygı, depresif duygudurum veya antisosyal davranışlarla karakterize bir DSM-5 bozukluğu olan uyum bozukluğunun en yaygın tetikleyicileri arasındadır. Uyum bozukluğu belirtileri, TSSB ve kaygı bozukluklarının belirtileri kadar şiddetli değildir ancak bireyin yüksek düzeyde stres deneyimlemesine neden olur ve iş yaşamını, okul yaşamını veya sosyal yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir.



AP Photo/M. Spencer Green




Omar Havana/Getty Images

**Kurtarma görevlileri risk altında** Bu fotoğrafta acil kurtarma ekipleri ve gönüllüler, Nepal'in Katmandu kentinde meydana gelen depremin enkazından kurtarılan bir kişiyi telaş içinde taşıyor. Araştırmalar, afetlerde, kazalarda ve diğer ölüm kalım durumlarında kurtarma çalışmalarına yardım edenlerin akut stres bozukluğu ve/veya travma sonrası stres bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında olabileceğini ortaya koymaktadır (Luftman ve diğ., 2017)

aşırı tepki durumu, stresle ilişkili beyindeki ve vücuttaki işlev bozukluklarını ve TSSB belirtilerini kalıcı hâle getirebilir.

**BEYNİN STRES DÖNGÜSÜ** Araştırmacılar bu iki stres yolunun sürekli bir biçimde devam eden aşırı tepki durumunun bazen beynin *stres döngüsü* olarak da adlandırılan farklı bir beyin döngüsünde işlev bozukluğuna neden olabileceğine inanmaktadır. Önceki bölümlerde de gördüğünüz gibi çeşitli duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkiler, birbiri ile iletişim hâlinde olan ve birbirini harekete geçiren beyin yapılarının ağları olan beyin döngülerine bağlıdır. Görünen o ki bu tür bir döngü olan stres döngüsündeki işlev bozukluğu, TSSB belirtilerine katkıda bulunmaktadır. Beynin stres döngüsü amigdala, preforntal korteks, ön singulat korteks, insula ve hipokampus gibi yapıları içerir (Sheynin ve Liberzon, 2017; Pedersen, 2016). Uyarılma, korku ve kaygı arasındaki yakın ilişki göz önüne alındığında bu döngüde bulunan beyin yapılarının, aynı zamanda kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında rolü olan beynin korku ve panik döngülerinin bir parçası olmaları şaşırtıcı değildir. Ancak TSSB söz konusu olduğunda bu yapıların işlevlerinde ortaya çıkan sorunlar ve birbiriyle olan bağlantıları, kaygı bozukluklarında görülenlerden farklıdır.

**GENETİK YATKINLIK** Araştırmacılar bazı bireylerin aşırı tepki üreten beyin-vücut stres yollarına ve beyin stres döngüsündeki işlev bozukluklarına yatkınlıkları olduğunu düşünmektedir. Buna bağlı olarak bu tür bireyler TSSB belirtileri geliştirmeye yatkın olabilir. Genetik çalışmalarda bu yatkınlıkla ilişkili olabilecek bazı genler keşfedilmiştir (Sheerin ve diğ., 2017; Young, 2017). Benzer şekilde aile soyağacı araştırması TSSB'de genetik bir duyarlılığın söz konusu olabileceği düşüncesini desteklemektedir. Orduda görev yapmış binlerce ikiz kardeş üzerinde yapılan araştırmalar, ikizlerden birinin savaştan sonra travma sonrası stres belirtileri geliştirmesi durumunda tek yumurta ikizlerinde diğer ikizin aynı sorunu geliştirme olasılığının, çift yumurta ikizlerinde diğer ikizin aynı sorunu geliştirme olasılığına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Koenen ve diğ., 2003; True ve Lyons, 1999).

Benzer bir başka çalışmada araştırmacılar TSSB'li kişilerin ilgili biyolojik anormallikleri çocuklarına aktarma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Cook ve diğ., 2018; Yehuda ve diğ., 2015). Örneğin bir çalışmada araştırmacılar 11 Eylül 2001 terör saldırısı sırasında hamile kalan ve sonrasında TSSB tanısı alan kadınların kortizol seviyelerini incelemiştir (Yehuda ve Bierer, 2007). Çalışmada, kadınların yanı sıra saldırıdan sonra doğmuş bebeklerinde de kortizol seviyelerinin ortalamanın üstünde olduğu görülmüş, bu da araştırmacılara bebeklerin TSSB belirtileri geliştirmeye yatkın olduğunu düşündürmüştür.

**Çocukluk Deneyimleri** Diğer araştırmacılar da bazı insanların onları TSSB geliştirmeye yatkın hâle getiren aşırı tepki üreten beyin-vücut sistemi stres yollarına ve beyin stres döngüsündeki işlev bozukluklarına sahip oldukları konusunda aynı görüştedir. Ancak böyle bir yatkınlığın kalıtım yoluyla değil, çocukluk dönemi deneyimleriyle

**#BaşlıcaStresEtkenleri**

1. Bireysel gelir
2. İş baskısı
3. Ekonomi
4. İlişkiler
5. Sağlık

(Bilgi kaynağı: APA, 2015)



Aleppo Media Center via AP

**Çocuklar da** Bu meşhur ve yürek burkan fotoğrafta, Omran Daqneesh adlı 5 yaşındaki bir çocuk, Suriye'nin Halep kentinde hava saldırısı sonucu yıkılan bir binanın enkazından çıkarıldıktan sonra kir ve tozla kaplı bir ambulansta her yeri kan içinde ve aklı karışmış bir şekilde oturuyor. Korkunç travmatik olaylara, özellikle de tekrarlayan travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra çocuklarda da TSSB belirtilerinin ortaya çıkabiliyor olması, Suriye iç savaşının ortasında kalan çocukların ruh sağlığı konusunda klinisyenlerin büyük bir endişe duymasına neden olmaktadır.

edinilebileceğine inanırlar (Ross ve diğ., 2017). Bu görüşü destekleyen bir dizi çalışma, sürekli bir şekilde ihmal edilen, istismara uğrayan veya başka bir şekilde travmatik bir olaya maruz kalan küçük yaştaki çocuklarda aşırı tepki üreten beyin-vücut stres yollarının oluştuğunu ve bu dönemde oluşan beyin stres döngüsündeki işlev bozukluklarının bu çocukların yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde de devam ettiğini göstermiştir (Lee, Coe ve Ryff, 2017; Zannas ve West, 2014). Görünüşe göre olumsuz çocukluk deneyimleri aslında beynin ve vücudun stres tepkilerini yeniden programlamada rol oynamaktadır.

Araştırmacılar bu bulgularla tutarlı olarak belirli çocukluk deneyimlerinin bir kişinin yaşamının daha sonraki dönemlerinde TSSB geliştirme riskini artırdığını da bulmuşlardır. Çocuklukları yoksullukla geçen kişilerin, yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde karşılaştıkları travmatik bir olay sonrasında TSSB geliştirme olasılığı daha yüksektir (Lee ve diğ., 2017). Çocukluğunda saldırıya, istismara veya bir felakete maruz kalmış, çoklu travma yaşamış, ebeveynleri ayrılmış veya boşanmış veya psikolojik sorunu olan bir aile üyesi ile yaşamış çocuklar da yaşamlarının sonraki dönemlerinde TSSB gelişimi açısından risk altındadır (Carroll ve diğ., 2017; Hyland ve diğ., 2017).

**Çocukların internette, televizyonda ve video oyunlarında düzenli olarak gördükleri gerçeğe yakın görüntüler, onları yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde gelişebilecek psikolojik stres bozukluklarına karşı daha savunmasız mı yoksa daha az savunmasız mı yapar?**

**Bireysel Etkenler** Araştırmalar özellikle belirli kişilik özelliklerine, tutumlara ve başa çıkma tarzlarına sahip kişilerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirdiklerini göstermektedir (Ning, Guan ve Liu, 2017). Örneğin 1989'daki canavar kasırga Hugo Kasırgası'dan sonra yapılan klasik bir çalışma, kasırgadan önce çok endişeli olan çocukların şiddetli stres tepkileri geliştirme olasılıklarının diğer çocuklardan daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Hardin ve diğ., 2020). Araştırmalar genel olarak karşılaştıkları olumsuz yaşam olaylarını kendi kontrolleri dışında gören kişilerin, hayatları üzerinde daha fazla kontrole sahip olduğunu düşünenlere göre cinsel istismar veya diğer türden travmatik olaylardan sonra daha şiddetli stres belirtileri geliştirme eğiliminde olduklarını göstermiştir (Catanesi ve diğ., 2013; Bremmer, 2002). Benzer şekilde olumsuz olaylardan olumlu bir sonuç çıkarmayı genellikle zor bulan insanlar, travmatik olaylardan sonra uyum sağlama konusunda diğer insanlara göre daha fazla güçlük yaşar (Kunst, 2011).

Diğer yandan *psikolojik olarak dayanıklı* kişilerin travmatik olaylarla karşılaştıktan sonra TSSB geliştirme olasılığının diğer bireylere göre *daha düşük* olduğu bulunmuştur (Thompson ve diğ., 2018; Ross ve diğ., 2017). "Psikolojik olarak dayanıklı" kavramı, yaşamda karşılaşılan çok çeşitli durumlara iyi bir şekilde uyum sağlayan ve bu durumlarla etkili bir şekilde başa çıkan insanları ifade etmek için kullanılmaktadır. Genetik faktörlerin kişinin *psikolojik dayanıklılık* (*resilience*) düzeyini azaltmaya yardımcı olabileceğine dair kanıtlar olsa da araştırmalar düzenli olarak *yönetilebilir* strese maruz kalan küçük çocukların sıklıkla yüksek düzeyde bir psikolojik dayanıklılık geliştirdiğini ve bunun da çocukluk ve yetişkinlik boyunca devam edebilecek bir kazanç olduğunu ortaya koymaktadır. Beklendiği gibi araştırmalar psikolojik olarak dayanıklı kişilerin beyin-vücut stres yollarının ve beyin stres döngülerinin diğer insanlara göre daha iyi işlediğini de göstermiştir (Meng ve diğ., 2018).

**Sosyal Destek Sistemleri** Sosyal ve aile destek sistemleri zayıf olan kişilerde travmatik bir olaydan sonra travma sonrası stres bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksektir (Sareen, 2018). Sevildiğini, önemsendiğini, değer verildiğini ve arkadaşları ve akrabaları tarafından kabul edildiğini hisseden tecavüz mağdurları, maruz kaldıkları travmatik olayın etkisinden daha başarılı bir şekilde kurtulurlar. Ceza adalet sistemi tarafından değer ve saygı gören mağdurlarda da benzer bir durum söz konusudur (AAMFT, 2018; Patterson, 2011). Buna karşılık klinik çalışmalar, düşük sosyal desteğin bazı savaş gazilerinde TSSB gelişimine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (Schumm ve diğ., 2014).

**Travmanın Şiddeti ve Doğası** Tahmin edebileceğiniz gibi bir kişinin karşılaştığı travmatik olayın şiddeti ve doğası, o kişinin bir stres bozukluğu geliştirip

geliştirmeyeceğini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bazı olaylar, işlevsel bir biyolojik temeli, yeterli bakımın alındığı çocukluk dönemini, olumlu tutumları ve/veya sosyal desteği geçersiz kılabilir (Conrad ve diğ., 2017). Bu alanda yapılan ilk araştırmalardan birinde 253 Vietnam savaş esiri serbest bırakılmalarından beş yıl sonra incelenmiştir. Her biri esir tutulmadan önce uyumlu kişiler olarak değerlendirilmiş olsa da böyle bir deneyimden sonra yüzde 23'ünün TSSB tanısını karşılayan klinik belirtilere sahip olduğu görülmüştür (Ursano ve diğ., 1981).

Genel olarak travma ne kadar şiddetli veya uzun sürerse ve kişi buna ne kadar doğrudan maruz kalırsa stres bozukluğu geliştirme olasılığı o kadar artar (Hyland ve diğ., 2017; Ursano ve diğ., 2013). Başkalarının zarar görmesine veya ölümüne tanık olmakla benzer şekilde uzuv kaybı, ciddi fiziksel yaralanma veya cinsel saldırı gibi travmatik olaylara maruz kalmış olmak stres bozukluğu riskini özellikle artırıyor gibi görünmektedir. Hatta travmaya doğrudan maruz kalan kişilerin, başkalarının maruz kaldığı travmatik olaylara tanıklık eden kişiler göre stres bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksektir (Sareen, 2018).

Ayrıca çoklu veya tekrarlayan travmalarla karşılaşmanın *karmaşık TSSB* adı verilen özellikle şiddetli bir bozukluğa yol açabileceğine dair kanıtlar gün geçtikçe artmaktadır (Hyland ve diğ., 2017; Jakob ve diğ., 2017). Karmaşık TSSB'si olan kişiler, bu bölümde bahsedilen belirtilerin hemen hemen tamamını, duygularının kontrolünde, kendilik algılarında ve ilişkilerinde şiddetli bozulmalarla birlikte deneyimler.

**Etkenleri Bir Araya Getirmek** Günümüzün stres kuramcılarının çoğu, çeşitli etkenlerin travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynadığını düşünmektedir (Ross ve diğ., 2017). TSSB alanında yapılan çalışmaların sonuçları ile önemli düzeyde desteklenmiş gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, bu ortak etkinin nasıl gerçekleştiğini en iyi şekilde açıklayan yaklaşımlardandır (Cicchetti, 2018, 2016; Meyer ve diğ., 2017).

Bölüm 2 ve Bölüm 4'ten de hatırlayacağınız gibi bu bakış açısını benimseyen kuramcılar, bir bireyin yaşam süresi boyunca kritik *gelişim dönemlerindeki* önemli değişkenlerin *kesişimine* ve *bağlamına* odaklanır. Bu kuramcılar TSSB söz konusu olduğunda bazı kişilerin beyin-vücut stres yollarında (yani sempatik sinir sistemi yolu ve hipotalamik-hipofiz-adrenal yol) aşırı tepkilerin üretilmesine ve beyin stres döngüsünde bir işlev bozukluğunun oluşmasına neden olan -kalıtsal ya da edinilmiş- biyolojik bir yatkınlığa sahip olduğunu öne sürmektedir. Bu yatkınlık, TSSB'nin daha sonraki gelişim dönemlerinde ortaya çıkmasına zemin hazırlar ancak yine de böyle bir yatkınlığın muhakkak TSSB'ye yol açacağı bilgisi kesin değildir. Bununla birlikte bu bireyler, çocuklukları boyunca aşırı düzeyde stres etkenlerine maruz kalırsa stres yolları daha fazla aşırı tepki üretebilir ve beyinlerinin stres döngüsü daha da işlevsiz hâle gelebilir ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde TSSB geliştirme riski artmaya devam edebilir. Bu risk, yaşamları boyunca



Rhona Wise/Getty Images

### #CinsiyetFarkı

Pek çok araştırmacı, tecavüz veya cinsel istismar gibi şiddet içeren ve kişiler arası yaşanan travmatik deneyimlere maruz kalmaları nedeni ile kadınlarda daha yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu görüldüğünü düşünmektedir (Sareen, 2018; USDVA, 2015; StrStreet ve diğ., 2011).

**Güçlendirme ve psikolojik dayanıklılık** 2018 yılında Florida, Parkland'deki Majory Stoneman Douglas Lisesinde 17 öğrenci ve öğretmenin kitlesel silahlı saldırı sonucunda öldürülmesinden bir hafta sonra Güney Florida yakındaki binlerce öğrenci sınıflarından dışarı akın etti ve liselerde güvenliğin sağlanması ve daha katı silah kontrol yasalarının oluşturulması için bu eylemi gerçekleştirdiler. Bir ay sonra ülke çapında bir milyondan fazla öğrenci "Ulusal Okul Grevi" (National School Walkout) adında benzer bir eylem yaptı. Bu protestoların geçerliliğinin ve öneminin ötesinde klinik kuramcılar, öğrencilerin -özellikle bu saldırıyı doğrudan deneyimleyenlerin- gösterdiği bu güçlendirme ve psikolojik dayanıklılık özelliklerinin, öğrencilerden bazılarının travma sonrası stres bozukluğu geliştirmekten korunmasına yardımcı olduğunu düşünüyor.

## #StresliSonuç

%20 Stres sırasında kendilerini destekleyecek kimsesi olmadığını söyleyenlerin yüzdesi.

%29 Bu yıl geçen yıla göre daha fazla stresli hissettiğini belirtenlerin yüzdesi.

%41 Son bir ay içinde stresin eşlerine bağırmalarına neden olduğunu söyleyen evli kişilerin yüzdesi.

(Bilgi kaynağı: APD, 2017, 2015)

işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri edinmeleri, sorunlu kişilik özellikleri geliştirmeleri ve/veya düşük sosyal desteğe sahip olmaları durumunda daha da artabilir. Bu tür bireyler yaşamlarında olağandışı travmatik olaylara maruz kaldıklarında, TSSB geliştirmeye karşı özellikle savunmasız olacaklardır.

Gelişimsel psikopatoloji bakış açısında, belirli bir katkıda bulunan etkenler arasındaki ilişkinin genellikle iki yönlü olduğunu belirtmek önemlidir. Örneğin aşırı düzeyde tepki üreten stres yolları çocukluk ve sonrasında daha zayıf başa çıkma becerilerine neden olabilirken *yönetilebilir* stres deneyimleriyle dolu bir çocukluk ise daha önce de değinildiği gibi stres yollarının işleyişindeki bozulmaları iyileştirebilir, daha iyi başa çıkma becerilerinin edinilmesini sağlayabilir, psikolojik dayanıklılığı güçlendirebilir ve böylelikle daha sonraki dönemlerde TSSB geliştirme riskini azaltabilir (Southwick ve Charney, 2012).

Gelişimsel psikopatoloji ilkelerini benimseyenlere göre gelişim süreci boyunca stres etkenlerinin ve travmatik olayların *zamanlaması*, bir bireyin TSSB geliştirip geliştirmeyeceği konusunda önemli bir belirleyicidir (Moreno, 2018; Bremner, 2016). Örneğin çocuklukta karşılaşılan büyük stres etkenleri, yeni gelişmekte olan beyin-vücut stres yollarını ve beyin stres döngülerini bozar ve değiştirir, böylelikle bu yolların ve döngülerin yaşam boyunca yetersiz bir şekilde işlemesi olasılığını artırır. Bu nedenle yaşamın erken dönemlerinde yoğun stres içeren deneyimlerin, sonraki dönemlerde bireyin olağandışı travmatik olaylara maruz kalması durumunda TSSB geliştirme olasılığını arttırması özellikle muhtemeldir. Aynı zamanda gelişimin her aşaması aşılması gereken yeni psikolojik ve biyolojik zorlukları da beraberinde getirir, bu nedenle yaşamın herhangi bir noktasında bir kişinin yoğun stres etkenlerine maruz kalması, TSSB'ye karşı savunmasızlığını artırabilir.

Gelişimsel psikopatoloji bakış açısına göre tüm bunların sonucu, örneğin aşırı düzeyde tepki üreten stres yollarına sahip olarak doğmuş bir kişinin, olağandışı travmatik bir olayla karşı karşıya kalması sonucunda TSSB geliştirebileceği, buna karşılık benzer bir yatkınlığa sahip başka bir kişinin de böyle bir travmatik olay karşısında TSSB geliştiremeyebileceğidir. Her şey, üzerinde durduğumuz etkenlerin varlığına, zamanlamasına ve kesişme noktalarına bağlıdır. Bölüm 2'den de hatırlayacağınız gibi bu başlangıçta benzer özelliklere sahip kişilerin deneyimlerinin daha sonra çok farklı şekillerde sonuçlanabileceğini ifade eden *çok sonluluk* ilkesidir (Cicchetti, 2018, 2016). Diğer yandan biri aşırı düzeyde tepki üreten, diğeri ise stres etkenlerine daha uygun tepki veren stres yollarıyla doğmuş iki kişi yaşamlarının sonraki dönemlerinde olağandışı travmatik bir olayla karşılaştığında her ikisi de TSSB geliştirebilir. Bu gibi durumlarda işlevsel stres yollarıyla doğan bir kişinin yine de zorlayıcı çocukluk deneyimleri, yetersiz sosyal destek ve diğer etkenlerin bir sonucu olarak stres yolları aşırı düzeyde tepkiler üretebilir. Bu ilke, farklı gelişimsel yolların aynı sonucu ortaya çıkarabileceği düşüncesi olan *eş sonluluk* olarak bilinir (Cicchetti, 2018, 2016).



Sergey Ponomarev/The New York Times/Redux

**Yolculuğun sonu mu?** Aslında hayır, en azından psikoloji alanında. Göçmenlerle dolu bu küçük tekne, çoğu Suriye'den olmak üzere yarım milyon mültecinin Avrupa'daki ülkelere geçmek için kullandığı kırsal bir Yunan adası olan Midilli'de karaya çıkıyor. Mülteciler arasında TSSB oranı, dünyanın bazı bölgelerinde, özellikle ana vatanlarında işkence görenler veya tehlikeli bir yolculuk geçirenler arasında yüzde 56'ya kadar çıkabilir. Bu nedenle Midilli'de klinisyenlerden oluşan küçük bir ekip, adada kaldıkları kısa süre boyunca mültecilerin strese bağlı belirtilerini azaltmaya yardımcı olmak için tam zamanlı şekilde çalışmaktadır (Yaser ve diğ., 2016).




ZUMA Press, Inc./Alamy

**Savaştan çıkmak** Savaş sonrasında gelişen TSSB'yi önlemeye, azaltmaya veya tedavi etmeye yardımcı olmak için ABD ordusu ve diğer kuruluşlar artık aktif görevde olan askerler ve eski askerler için stresten -ve travmadan- kurtulma egzersizleri uyguluyor. Burada, Goodwill Southern California'nın ev sahipliği yaptığı 2013 *Veteran Stand Down* etkinliği sırasında gazilere rahatlama eğitimi veriliyor ve yoga öğretiliyor.

## Klinisyenler Akut ve Travma Sonrası Stres Bozukluklarını Nasıl Tedavi Eder?

Travmatik olaylar nedeni ile sıkıntı yaşayan insanlar için tedavi çok önemli olabilir. Genel olarak, tüm travma sonrası stres bozukluğu vakalarının üçte biri 12 ay içinde iyileşmektedir. Vakaların geri kalanı için TSSB yıllarca devam edebilmekte ve aslında bu kişilerin üçte biri yıllar sonra bile normal işlevsellik düzeyine ulaşamamaktadır (Sareen, 2018; Byers ve diğ., 2014).

Günümüzde hayatta kalanlar için uygulanan tedavi yöntemleri genellikle travmadan travmaya değişmektedir. Savaş mı, terör saldırısı mı, cinsel saldırı mı yoksa büyük bir kaza mıydı? Yine de tüm tedavi yöntemlerinin ortak hedefleri vardır: Hayatta kalanların stres tepkilerinin sonlanmasına, acı verici deneyimleri hakkında işlevsel bir bakış açısı kazanmalarına ve yapıcı bir şekilde yaşama geri dönmelerine yardımcı olmaya çalışmaktadır (Rothbaum, 2017; Brown ve diğ., 2016). TSSB'si olan savaş gazileri için uygulanan tedavi yöntemleri, travma ile ilişkili sorunların nasıl ele alınabileceğini göstermektedir.

**Savaş Gazileri için Tedavi** Terapistler, gazilerin travma sonrası stres belirtilerini azaltmaya yardımcı olmak için çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Bu yöntemlerden en yaygın olanları *antidepresan ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, çift* veya *aile terapisi* ve *grup terapisidir*. Söz konusu yaklaşımlardan hiçbiri tek başına uygulandığında tüm belirtileri hafifletmede başarı sağlayamadığı için genellikle bir arada kullanılmaktadır (Rothbaum, 2017).

**ANTİDEPRESAN İLAÇLAR** Antideprassan ilaçlar, TSSB'li gaziler için yaygın olarak kullanılmaktadır. Tipik olarak bu ilaçlar artan uyarılma ve olumsuz duygular gibi TSSB belirtilerini hafifletmede daha yararlıyken bozukluğun tipik belirtileri olan tekrarlayan olumsuz anılar, disosiyasyon ve kaçınma davranışları için aynı düzeyde etki göstermemektedir. Antidepresan ilaç tedavisi alan TSSB hastalarının yaklaşık yarısının bazı belirtilerinde hafifleme görülür. TSSB ile ilgili araştırmalarda diğer psikotik ilaçların iyi sonuç vermediği görülmekte ve bu tür ilaçlar TSSB tedavisinde daha az reçete edilmektedir (Stein, 2017).

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİ** Bilişsel davranışçı terapinin, TSSB'li birçok gaziye önemli ölçüde yardımcı olduğu kanıtlanmış ve bu tedaviyi alanların yarısının veya daha fazlasının belirtilerinde önemli bir iyileşme görülmüştür (Rothbaum, 2017; Shou ve diğ., 2017). Bilişsel açıdan terapistler gazilere, travmatik deneyimleri sonucunda ortaya çıkan işlevsel olmayan tutumları ve düşünce biçimlerini gözden geçirmeleri ve değiştirmeleri için rehberlik eder. TSSB vakalarında uygulandığında

#

### #KokuluStres

Stres kokusuzdur. Çok stresli olaylar sırasında vücudumuza kokuya yol açan şey terimizden beslenen bakterilerdir.

## #CinsiyetEtkisi

%51 stres nedeniyle geceleri genellikle uyumadan sadece gözleri açık bir şekilde yatakta uzanan ABD'li kadınların yüzdesi.

%32 stres nedeniyle geceleri genellikle uyumadan sadece gözleri açık bir şekilde yatakta uzanan ABD'li erkeklerin yüzdesi.

(Bilgi kaynağı: APA, 2017, 2015)

genellikle *bilişsel işleme terapisi* olarak adlandırılan bu yöntemler süresince gaziler zorlayıcı anılar ve duygularla baş etmeyi öğrenirler, yaptıklarını ve deneyimlediklerini kabul etmeye başlarlar, kendilerine karşı daha az yargılayıcı olurlar ve diğer insanlara yeniden güvenmeye başlarlar (Holliday ve diğ., 2017). Giderek artan bir şekilde çok sayıda bilişsel-davranışçı terapist, danışanlarının tekrar eden düşüncelerini, duygularını ve anılarını daha fazla kabul etmesine ve daha az yargılamasına yardımcı olmak için farkındalık temelli teknikleri de (bk. sayfa 53) tedavi sürecine dâhil etmektedir. Araştırmalar, bu tür farkındalık temelli tekniklerin belirtilerin hafiflemesine yardımcı olduğunu göstermektedir (Rothbaum, 2017).

Davranışsal açıdan bilişsel-davranışçı terapistler TSSB'li gazilerin tedavisinde sıklıkla *maruz bırakma* tekniklerini uygulamaktadır. Bu teknikler, belirli bazı belirtileri azaltmada oldukça başarılı olmakta ve böylelikle de genel olarak uyumla ilgili sorunların azalmasına katkı sağlamaktadır (Cooper ve diğ., 2017; Korte ve diğ., 2017). Aslında bazı çalışmalar maruz bırakmanın TSSB'li kişiler için en yararlı tek müdahale olabileceğini göstermektedir (Haagen ve diğ., 2015).

Maruz bırakma terapisi sırasında TSSB'li gazilerin, travmayla ilgili -genellikle savaşla ilgili- aşırı düzeyde üzüntü ve kaygı hissetmelerine neden olan nesnelerle, olaylarla ve durumlarla yüzleşmeleri sağlanır. Bu maruz bırakma, in-vivo (seans dışında, gerçek hayatta) ya da hayalde canlandırma yoluyla gerçekleştirilebilir. Elbette etik olmayan bir şekilde TSSB'li gazileri gerçek savaş deneyimlerine maruz bırakmak teknik olarak imkânsızdır. Bu nedenle günümüzde maruz bırakma terapilerinin çoğu, sanal gerçeklik yöntemleri ile gerçeğe yakın, birden fazla duyuya hitap edecek şekilde oluşturulmuş görüntülerin kullanılmasına dayanmaktadır (Maples-Keller ve diğ., 2017) (bk. ***Akıl ve Teknoloji***).

Belki de TSSB vakalarında kullanılan en yaygın maruz bırakma tekniği **uzun süreli maruz bırakmadır** (Foa ve diğ., 2018; Acierno ve diğ., 2017). Bu yöntemde terapistler, danışanlarını sadece travma ile ilgili nesneler ve durumlarla değil, aynı zamanda travmatik deneyimlerle ilgili sürekli kaçındıkları acı veren anılarıyla da yüzleşmeye teşvik ederler (Mahoney, Karatzias ve Hutton, 2019). Danışanlar anılarını, artık bu anılar onlarda daha az uyarılma, kaygı ve üzüntü ortaya çıkarana kadar uzun bir süre çok detaylı bir şekilde tekrar tekrar hatırlar ve anlatırlar. Aşağıdaki örnekte, TSSB'li bir danışanına uzun süreli maruz bırakma yöntemini uygulayan bir terapistin tipik olarak sunduğu yönergeler yer almaktadır:

> *Şimdiye kadar... büyük bir ilerleme kaydettiniz ve görmeyi beklediğimiz gibi kaygı düzeyiniz azaldı. Bugün ise maruz bırakma yöntemini ama biraz farklı şekilde uygulayacağız... Sizden bu anının size en çok sıkıntı veren ya da sizi üzen bölümlerinin ne olduğunu bana söylemenizi isteyeceğim. Ve sonra... bu "sıcak noktaların" her birini teker teker yeniden hatırlamaya ve anlatmaya odaklanmanızı isteyeceğim. Başlamak için bu anlardan birini seçeceğiz ve onun, sadece o bölümünü sanki ağır çekimdeymiş gibi hissettikleriniz, gördükleriniz, duyduklarınız ve düşüncelerinizle birlikte detaylı bir şekilde tekrar tekrar anlatacaksınız. Bu anıyı bir şekilde "eskitmek" veya bu anından duyduğunuz [rahatsızlık] düzeyinde büyük bir düşüş sağlamak için gerektiği kadar tekrarlayacağız. Anının bu bölümü yeterince işlenmiş göründüğünde bir başka bölüme geçeceğiz.*
>
> *(Foa ve diğ., 2007, s. 100-101)*

**uzun süreli maruz bırakma** Danışanların sadece travma ile ilgili nesneler ve durumlarla değil, aynı zamanda travmatik deneyimlerle ilgili sürekli kaçındıkları acı veren anılarıyla da yüzleştiği bir tedavi yaklaşımı.

**göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)** Danışanların normalde kaçındıkları nesnelerin ve durumların görüntüleri sunulurken bir yandan da gözlerini ritmik bir şekilde bir yandan diğer yana hareket ettirmelerini içeren maruz bırakma tedavisi.

Uzun süreli maruz bırakma boyunca, danışanların travmalarıyla ilgili daha fazla ayrıntıyı hatırlamaları, bu tür anıları hatırladıkları sırada daha az sıkıntı yaşamaları, anılardan daha az korkmaları ve aslında TSSB belirtilerinde azalma olması beklenir. Araştırmalar, bu tür yoğun bellek egzersizlerine devam edebilen hastalar için (çoğu devam edemez), uzun süreli maruz bırakmanın aşamalı maruz bırakma müdahalelerinden daha yararlı olduğunu göstermektedir (Foa ve diğ., 2018).

Yaygın olarak kullanılan bir diğer maruz bırakma terapisi yöntemi, danışanların normalde kaçındıkları nesnelerin ve durumların görüntüleri sunulurken bir yandan da gözlerini ritmik bir şekilde bir yandan diğer yana hareket ettirmelerini içeren **göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)** terapisidir. Bu yaklaşımın çok sayıda şüphe duyulan yanı olmasına rağmen, vaka çalışmaları ve bazı kontrollü çalışmalar, bu yöntemin TSSB'li bazı kişilere yardımcı olabileceğini göstermektedir (Rothbaum, 2017; Shapiro ve Forrest, 2016). Pek çok kuramcı

## AKIL VE TEKNOLOJİ

# Sanal Gerçeklik Terapisi: Gerçeğinden Daha mı İyi?

Yıllar boyunca, TSSB'li savaş gazilerinde uygulanan maruz bırakma temelli tedaviler yeterince etkili değildi. Gerçek hayattaki savaş ortamını tekrar ziyaret edemeyen gaziler, tedavileri için tüfek ateşi, bomba patlamaları, cesetler ve/veya diğer travmatik uyaranları hayal etmek zorunda kaldı.

On yıl kadar önce TSSB'li gazileri savaş koşullarına "sanal" ortamda maruz bırakmayı içeren yöntemler kullanılabilir hale gelince her şey değişti. Deniz Kuvvetleri Araştırma ve Geliştirme Ofisi, "Sanal Irak" isimli tedavi amacına yönelik bir savaş simülasyonu olan oyunun geliştirilmesi için finansal destek sağladı (McIlvaine, 2011). Bu oyunda, her bir parçası gerçek savaş koşullarındaki kadar -hatta daha fazla- gerçekçi görüntü ve sesler oluşturulabildi. Sanal gerçekliğin TSSB tedavisinde bir maruz bırakma tekniği olarak kullanımı bu oyunun geliştirilmesi ile birlikte standart haline geldi.

Sanal gerçeklik terapisinde TSSB'li danışanlar Irak, Afganistan veya diğer savaş bölgelerine benzeyen bir ortamda bilgisayarda oluşturulmuş askerî konvoy, savaş veya bombalı saldırıda gezinmek için 360 derece panaromik görüş açısına sahip sanal gerçeklik gözlükleri ve oyun konsolları kullanıyorlar. Terapist danışanın korku veya panik duygularını gerçekten tetikleyebilecek, korkunç görüntülerin, korkunç seslerin ve savaş ortamındaki kokuların yoğunluğunu kontrol eder. Danışan terapist tarafından bu uyaranlara aşamalı bir şekilde veya aynı anda bu uyaranların tümüne maruz bırakılır.

Araştırmalar TSSB'li savaş gazilerinde sanal gerçeklik terapisinin, örtük maruz bırakma yönteminden daha etkili olduğunu göstermiştir (Maples-Keller ve diğ., 2017). Ayrıca bu yöntemin ortaya çıkardığı olumlu etki uzun hatta oldukça uzun da devam ediyor gibi görünmektedir. Sanal gerçeklik terapisinin artık sosyal kaygı bozukluğu ve yükseklik, uçuş ve kapalı alan korkusu da dâhil olmak üzere diğer kaygı bozuklukları ve fobilerin tedavisinde de yaygınlaşması şaşırtıcı değildir (Bouchard ve diğ., 2017).



AP Photo/Ted S. Warren

**"Sanal" maruz bırakma** Eski bir askerin mikrofonlu kulaklığı ve oyun kumandası, onu Irak'taki bir savaş sahnesine geri götürüyor.

EMDR'nin bir tedavi olarak başarılı olmasının nedeninin, göz hareketinden ziyade maruz bırakma özelliği olduğunu ileri sürmektedir (Lamprecht ve diğ., 2004).

**ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ** TSSB'li savaş gazilerine çift terapisi veya aile terapisi gibi yöntemlerle daha fazla yardımcı olunabilir (Rothbaum, 2017; Vogt ve diğ., 2017, 2011). TSSB'nin belirtileri özellikle danışanın kaygılarından, depresif duygu durumundan veya öfke patlamalarından doğrudan etkilenebilecek kişiler olan eşler ve diğer aile üyeleri tarafından daha çok fark edilir (Freytes ve diğ., 2017). Aile üyelerinin yardımı ve desteği ile danışanlar diğer insanlar üzerindeki etkilerini fark edebilir, daha iyi iletişim kurmayı öğrenebilir ve problem çözme becerilerini geliştirebilir (Sareen, 2018).

**GRUP TERAPİSİ** 1980'lerde ilk kez ortaya çıktığında sohbet grupları olarak adlandırılan grup terapisi seanslarında gaziler diğer gazilerle bir araya gelerek deneyimlerini ve duygularını (özellikle suçluluk ve öfke) paylaşırlar, iç görülerini geliştirirler ve birbirlerine karşılıklı destek verirler (Levi ve diğ., 2017; Ellis ve diğ., 2014). Bugün ülke çapında yüzlerce küçük Gazi Sosyal Yardım Merkezinin yanı sıra Gaziler İdaresi hastaneleri ve ruh sağlığı kliniklerindeki tedavi programları da grup terapisi hizmeti vermektedir (Finley ve diğ., 2017). Ayrıca bu merkezler bireysel terapi, eşler ve çocuklar için danışmanlık, aile terapisi ve iş bulma, eğitim imkânları ve sosyal haklar konusunda yardım sağlar. Klinik çalışmalar, bu tür programların oldukça önemli olduğunu, bazen hayat kurtaran bir tedavi fırsatı sunduğunu göstermektedir.

**Psikolojik Anlamlandırma** Bir savaş deneyiminden sonra hayatta kalan kişilere yardım etmek için kullanılan aynı tedavi yöntemleri, doğal afetler, zorbalık veya kazalar gibi nedenlerle

**psikolojik anlamlandırma** Mağdurların travmatik olay hakkındaki duyguları ve bu olaya verdikleri tepkiler hakkında konuşmalarına yardım etmeyi içeren edildiği bir tür kriz müdahalesidir. *Kritik olaylardaki stresin anlamlandırılması* olarak da adlandırılır.

**disosiyatif bozukluklar** Açık fiziksel nedenleri olmayan, bellekte büyük değişikliklerle belirgin bozukluklar.

**bellek** Geçmişte yaşanan olayları ve öğrenilen bilgileri geri çağırma yetisi.

**disosiyatif amnezi** Önemli kişisel deneyimleri ve bilgileri geri çağıramama ile belirgin bir bozukluk.

travmatik bir olaya maruz kalmış kişilere yardım etmek için de kullanılır (Rothbaum, 2017). Buna ek olarak birçok klinisyene göre bu türde travmatik bir deneyimi olan kişiler, travmatik olaya ruh sağlığı hizmetine yönelik kaynaklara daha hızlı erişebilme imkânının olduğu kendi yaşadıkları toplumda maruz kaldıkları için acil toplum müdahalelerinden daha fazla fayda görebilirler.

Bu türde önde gelen yaklaşımlardan biri, son 30 yıldır yaygın olarak uygulanan **psikolojik anlamlandırma** veya **kritik olaylardaki stresin anlamlandırılması** müdahaleleridir. Psikolojik anlamlandırma, travma mağdurlarının kritik olayın gerçekleştiği günü takip eden günlerde duyguları ve tepkileri hakkında ayrıntılı bir şekilde konuşmalarını sağlayan bir kriz müdahalesi türüdür (Tarquinio ve diğ., 2016; Mitchell, 2003, 1983). Travma mağdurlarının deneyimlerini bu şekilde ayrıntılı olarak anlatmaları sonrasında, tepkilerinin anormal bir duruma verilen normal tepkiler olduğu açıklanır, bu durumun ortaya çıkardığı stresle etkili bir şekilde baş etmelerini sağlayabilecek yöntemler hakkında bilgi verilir ve uzun vadeli bir tedavi ihtiyacı söz konusu ise ilgili uzmanlara yönlendirme yapılır. Stres tepkilerini önlediği veya azalttığı varsayımına dayanarak bu tür müdahaleler, genellikle henüz herhangi bir belirti göstermemiş ya da bazı belirtiler gösteren travma mağdurlarına uygulanır.

Bu yoğunlaştırılmış müdahale yöntemi, çok çeşitli türdeki travmatik olay sonrasında uygulanmaktadır (Tarquinio ve diğ., 2016; Pfefferbaum, Mewman ve Nelson, 2014). Dahası travmatik bir olay çok sayıda kişiyi etkilediğinde, dünyanın dört bir yanından psikolojik anlamlandırma yaklaşımı ile ilgili eğitimi olan uzmanlar mağdurlara destek vermek için olayın yaşandığı bölgeye gelebilmektedir.

Mağdurlara ücretsiz acil ruh sağlığı hizmeti sunulmasına yönelik bu türden geniş çaplı bir seferberlik, 2001 yılındaki Dünya Ticaret Merkezi saldırısı, Katrina Kasırgası'nın 2005 yılında yol açtığı sel felaketi, 2016 yılında Florida eyaleti Orlando şehrinde eş cinsel erkeklere özel bir gece kulübü olan Pulse'da 49 kişinin ve 2017 yılında Nevada eyaleti Las Vegas şehrinde bir konserde 58 kişinin toplu bir şekilde katledilmesi gibi felaketlerin yaşanması sonrasında gerçekleştirilmiştir.

Yıllar boyunca acil ruh sağlığı hizmeti sunmaya yönelik seferberlik programlarına katılan mağdurlardan bu tür bir programa katılmanın getirdiği fayda konusunda gelen geribildirimler olumlu olmuştur (Healy ve Tyrrell, 2013; Watson ve Shalev, 2005). Bununla birlikte, son on yılda yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar bu tür müdahalelerin etkililiğinin sorgulanmasına neden olmuştur (Tarquinio ve diğ., 2016; USDVA, 2016). Hatta bazı klinisyenler, bu tür erken müdahale programlarının mağdurların yaşadıkları travmatik olaylara çok uzun süre takılıp kalmalarına yol açabileceğini düşünmektedir. Ayrıca bu erken müdahale programlarının farkında olmadan bazı mağdurlara bir sorun olduğu düşüncesini "aşılayacağı" ve böylece bir stres bozukluğunun oluşmasına neden olabileceği ile ilgili birtakım endişeler de söz konusudur (USDVA, 2016; McNally, 2004). Bu nedenle birçok ruh sağlığı uzmanı psikolojik anlamlandırma yaklaşımının etkisine hâlâ inanmaya devam etse de günümüzde klinik uygulama alanında bu yaklaşımdan vazgeçmeye yönelik yaygın bir eğilim olduğu görülmektedir.

## ÖZETLE

**AKUT VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUKLARI** Stres etkenini bir tehdit olarak değerlendirdiğimizde genellikle uyarılma ve korku duygusundan oluşan stres tepkileri deneyimleriz. Uyarılma, sempatik sinir sistemi yolu ve hipotalamik-hipofiz-adrenal yol olmak üzere iki farklı yolu aktive eden bir beyin yapısı olan hipotalamus tarafından harekete geçirilir.

Akut stres bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler bu duruma uyarılma, kaygı ve travmatik bir olaydan uzun bir süre sonra ortaya çıkan travmatik olayı yeniden yaşama, ilgili olaylardan kaçınma, normalden belirgin şekilde daha az tepki verme ve suçluluk duygusu gibi diğer stres belirtileri ile tepki verirler. Travmatik olaylar, savaş deneyimlerini, felaketleri veya bir dizi zorbalığa maruz kalmayı içerebilir.

Araştırmacılar, neden özellikle bazı insanların psikolojik stres bozukluğu geliştirdiğini açıklayabilmek için biyolojik etkenlere (özellikle aşırı tepki üreten beyin-vücut stres yolları, beyin stres döngüsündeki işlev bozuklukları ve genetik yatkınlık), çocukluk deneyimlerine, bireysel etkenlere, sosyal destek sistemlerine, travmanın şiddeti ve doğasına ve tüm bu etkenlerin bu tür bir bozukluğun ortaya çıkmasına birlikte nasıl katkı sağlıyor olabileceğine odaklanmışlardır. Stres bozukluklarını tedavi etmek için kullanılan yaklaşımlar arasında antidepresan ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (maruz bırakma yöntemleri de dâhil), aile terapisi ve grup terapisi yer almaktadır. Kritik olaylardaki stresin anlamlandırılması yaklaşımı ise başlangıçta büyük ölçekli felaketler için etkili bir yöntem olarak görülmüş ancak son yıllarda yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar bu müdahale yönteminin uygun bir yöntem olup olmadığı konusunda bazı soruları gündeme getirmiştir.

## #ÖzlüSözler

"Gerçeklik, ona tam anlamıyla temas edenler için stresin başlıca gerekçesidir."

Lily Tomlin

# Disosiyatif Bozukluklar


Barcroft/Getty Images

**Bellek kaybı ile yaşamak** Andy Wray, polis olarak çalıştığı süreçte korkunç şekilde gerçekleşen birkaç ölüme tanık olduktan sonra disosiyatif amnezi geliştirdi. Ondaki bu bozukluk sürekli bir unutkanlığı içeriyor. Birkaç günde bir yeni anılarının çoğu kayboluyor ve arkadaşlarını, akrabalarını ve olayların hiçbir ayrıntısını hatırlayamaz hâle geliyor. Hayatına devam etmesine yardımcı olması için sayısız defter ve buradaki fotoğrafta da görüldüğü gibi hatırlatma kartları kullanıyor.

Daha önce de gördüğünüz gibi akut ve travma sonrası stres bozukluğu olan bazı kişilerde diğer belirtilerle birlikte disosiyasyon (çözülme) belirtileri de görülmektedir. Örneğin bu kişiler kendilerini sersemlemiş hissedebilir, bir şeyleri hatırlamakta güçlük çekebilir, depersonalizayon (kendine yabancılaşma) veya derealizasyon (gerçekdışılık) hissi yaşayabilir. Bu tür belirtiler, travmatik olayların tetiklediği başka bir grup bozukluk olan disosiyatif bozukluklarda da görülür. Bellek sorunları ve diğer disosiyatif belirtiler bu bozukluklarda özellikle şiddetli, yoğun ve yıkıcıdır. Dahası bu tür bozukluklarda disosiyatif tepkiler ana veya tek belirti olarak ortaya çıkar. Disosiyatif bozuklukları olan kişilerde tipik olarak akut ve travma sonrası stres bozukluklarında görülen önemli düzeyde bir uyarılma, olumsuz duygular, uyku sorunları ve diğer belirtiler görülmez. Disosiyatif bozuklukların işleyişine katkıda bulunan belirgin fiziksel etkenler de bulunmamaktadır.

Çoğumuz, dünyayla etkileşim kurarken bir bütünlük ve süreklilik hissi yaşarız. Kendimizi izole edilmiş duyusal deneyimlerin, duyguların ve davranışların toplamından daha fazlası olarak algılarız. Başka bir deyişle aslında bir *kimliğe* yani kim olduğumuza ve çevremize uyumumuza dair bir algıya sahibiz. **Bellek** de bu kimlik algısının geçmişimiz, bugünümüz ve geleceğimiz arasındaki bağın anahtarıdır. Bir belleğimiz olmasaydı her seferinde her şeye sıfırdan ve yeniden başlamak durumunda kalırdık, işte böylelikle belleğimiz sayesinde hayatımız ve kimliğimiz daha da ileri gidebiliyor. Disosiyatif bozukluklarda bir kişinin belleğinin veya kimliğinin bir bölümü diğer bölümlerinden *çözülmüş* veya ayrılmış durumdadır.

Disosiyatif bozuklukların pek çok türü vardır. *Disosiyatif amnezisi* olan kişiler, önemli kişisel deneyimleri ve bilgileri hatırlayamazlar. Bir zamanlar çoklu kişilik bozukluğu olarak da bilinen *disosiyatif kimlik bozukluğu* olan kişiler birbirlerinin anılarının, düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının her zaman farkında olmayabilen birbirinden kopuk iki veya daha fazla kimliğe sahiptir. Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu olan kişiler ise kendi zihinsel süreçlerinden veya bedenlerinden kopmuş veya kendilerini dışarıdan gözlemliyorlarmış gibi hissederler.

Birçok ünlü kitap ve filmde disosiyatif bozukluklara yer verilmiştir. Her biri çocuklukta travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra birden çok kişilik geliştirmiş olan bir kadını konu alan Havva'nın Üç Yüzü ve Sybil filmleri bu anlamda iki klasiktir. Konu o kadar ilginç geliyor olmalı ki çoğu televizyon dizisi her sezon en az bir disosiyasyon vakasını içerebiliyor ve bu durum bu bozukluğun çok yaygın olduğu izlenimini yaratıyor. Ancak birçok klinisyen, bu bozuklukların nadir olarak görüldüğüne inanıyor.

## Disosiyatif Amnezi

**Disosiyatif amnezisi** olan insanlar, yaşamları hakkındaki özellikle de stresi tetikleyici nitelikleri olan önemli bilgileri hatırlayamazlar. (APD, 2013). Bellek kaybı, sıradan bir unutkanlıktan çok daha kapsamlıdır ve kafaya darbe alınmış olması gibi fiziksel bir etkenden kaynaklanmaz (bk. **Tablo 5-3**). Amnezi tipik olarak doğrudan travmatik bir yaşantı veya oldukça üzücü bir olay ile tetiklenir (Odagaki, 2017).

Disosiyatif amnezi *sınırlı, seçici, yaygın* veya *sürekli* olabilir. En yaygın görülen disosiyatif amnezi türü olan *sınırlı amnezide* kişi özellikle belirli bir zaman diliminde meydana gelmiş olaylara dair bilgileri hatırlayamaz ve bu durum neredeyse her zaman çok rahatsız edici bir olay ile başlar. Örneğin bir asker, korkunç bir savaştan bir hafta sonra bir gün uyandığında savaşı veya savaşta neler yaşandığını hatırlayamayabilir. Savaşa kadar olan her şeyi hatırlayabilir ve son birkaç gün içinde meydana gelen her şeyi hatırlayabilir fakat

TABLO : 5-3

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Disosiyatif Amnezi |
|---|
| 1. Kişi, yaşamı ilgili önemli bilgileri, tipik olarak travmatik veya stresi tetikleyici nitelikteki bilgileri hatırlayamaz. Bu bellek sorunu basit bir unutkanlıktan çok daha fazlasıdır. |
| 2. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açar. |
| 3. Belirtiler, bir maddedin ya da tıbbi bir durumun etkilerine bağlanamaz. |
| **Disosiyatif Kimlik Bozukluğu** |
| 1. Kişi, kimliğinde en az iki ayrı kişilik durumuna veya deneyimine sahip olmayı yansıtan bir bozulma yaşar. |
| 2. Kişi, sıradan bir unutkanlıktan farklı olarak günlük olayları, önemli kişisel bilgileri veya travmatik olayları hatırlarken belleğinde yineleyici boşluklar oluşur. |
| 3. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açar. |
| 4. Belirtiler, bir maddedin ya da tıbbi bir durumun etkilerine bağlanamaz. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## #SıkçaUnutulanlar

- Çevrim içi şifreler
- Telefonun nerede bırakıldığı
- Anahtarların nerede bırakıldığı
- TV kumandasının nerede bırakıldığı
- Telefon numaraları
- İsimler
- Rüyanın içeriği
- Doğum günleri/Yıl dönümleri

aradaki olaylara dair bellekte tamamen bir boşluk vardır. Unutulan bu döneme *amnezik dönem* denir. Amnezik dönem sırasında insanlar kafası karışmış görünebilir, bazı durumlarda amaçsızca etrafta dolaşabilirler. Bir bellek sorunu yaşıyorlardır ancak bu durumun farkında değillerdir.

Disosiyatif amnezinin en yaygın ikinci türü olan *seçici amnezisi* olan kişiler, belirli bir süreçte meydana gelen olayların hepsini olmasa da bazılarını hatırlar. Önceki paragrafta bahsedilen askerin seçici amnesizi olsaydı, savaş sırasında meydana gelen belirli etkileşimleri veya konuşmaları hatırlayabilir ancak bir arkadaşının ölümü veya düşman askerlerinin çığlıkları gibi daha rahatsız edici olayları hatırlamayabilirdi.

**Neden birçok insan şiddetli stres durumlarında anılarını yitirmiş gibi görünen insanların güvenilirliğini sorgular?**

Bazı durumlarda bellek kaybı, üzüntü verici olayın yaşandığı dönemden çok daha önceki zamanlarda yaşanmış olaylara kadar uzanır. Söz konusu asker, savaşla bağlantılı olayları hatırlayamamasının yanı sıra askerlik hayatının erken dönemlerinde meydana gelen olayları da hatırlamıyor olabilirdi. O zaman yaşadığı bu durum *yaygın amnezi* olarak adlandırılırdı. Bu tür bir amnezinin daha şiddetli deneyimlenmesi durumunda ise akrabalarını ve arkadaşlarını bile tanımayabilirdi.

Yukarıda aktarılan disosiyatif amnezi türlerinde, amneziden etkilenen dönem bir noktada sona ermektedir. Ancak *sürekli amnezide* ise bellek kaybı, günümüze kadar devam eder. Bahsedilen askerin bu tür bir amnezisi olsaydı savaştan önce ve savaş sırasında yaşanan olayları hatırlayamadığı gibi yeni ve devam eden deneyimlerini de hatırlayamıyor olurdu.

Bu çeşitli türdeki disosiyatif amnezilerin ortak yanı, bellek kaybının çoğunlukla kişisel deneyimlere ilişkin bilgilere yönelik olmasıdır. Soyut veya ansiklopedik bilgiler söz konusu olduğunda ise bellek genellikle korunur. Disosiyatif amnezisi olan kişiler Amerika Birleşik Devletleri başkanının adını, bir kitabı nasıl okuyacaklarını veya bir arabayı nasıl kullanacaklarını böyle bir bozukluğu olmayan kişiler kadar bilirler.

Araştırmalar, tüm yetişkinlerin en az yüzde 2'sinin hayatlarının bir döneminde disosiyatif amnezi yaşadığını göstermektedir (Loewenstein, 2018). Bu tür bir sorun çoğu vakada, savaş zamanında ve doğal afetlerde de olduğu gibi sağlık ve güvenliğe yönelik ciddi bir tehdit söz konusu olduğunda başlıyor gibi görünmektedir. Önceki örneklerde bahsedilen asker gibi savaş gazileri genellikle saatlerce veya günlerce bellek boşlukları deneyimlediklerini bildirmekte ve bazıları adları ve adresleri gibi kişisel bilgileri unutmaktadır (Guina ve diğ., 2018; Bremner, 2016, 2002).

Çocuklukta maruz kalınan istismar, özellikle cinsel istismar da disosiyatif amneziyi tetikleyebilir (Hêbert ve diğ., 2018); aslında, 1990'larda yetişkinlerin uzun süredir unutulmuş çocuk istismarı deneyimlerini hatırladıklarını iddia ettikleri birçok rapor bulunmaktaydı (bk. ***Psikolojik Gözlem***). Buna ek olarak disosiyatif amnezi, reddedilme yoluyla veya ölüm nedeni ile sevilen birinin ani kaybı veya belirli eylemlere



David Becker/Getty Images

**Fazladan bir risk** Nevada, Las Vegas'ta, 2017'de gerçekleşen ve 58 kişinin hayatını kaybettiği, 546 kişinin de yaralandığı korkunç kitlesel saldırıda, konserdeki üç kişi saklanmak için umutsuzca koştu. Doğal ve insan kaynaklı afetlerde olduğu gibi sağlıklarına ve güvenliklerine ciddi bir tehdit oluşturan bir durumla karşılaşan kişiler, özellikle amnezi ve diğer disosiyatif tepkiler geliştirmeye yatkındırlar. Örneğin kitlesel silahlı saldırıların ardından hayatta kalanlar bu felaketle ile ilgili belirli ayrıntıları, kişisel bilgilerini ve hatta kimliklerini unutabilirler.

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

# Bastırılmış Çocukluk Anıları mı Yoksa Sahte Anı Sendromu mu?

1990'lı yıllar boyunca, çocukluk dönemine ait bastırılmış taciz anılarını içeren raporlar, halkın büyük ilgisini çekti. Bu türde bir disosiyatif amneziye sahip yetişkinler, çocukluklarından beri bastırdıkları cinsel ve fiziksel tacize dair anılarını yeniden hatırlıyor gibiydiler. Örneğin bir kadın, babasının kendisine 5 ila 7 yaşları arasında defalarca cinsel tacizde bulunduğunu iddia edebiliyordu ya da genç bir adam, bir aile dostlarının çok küçükken ona birkaç kez cinsel yakınlık kurmak amacıyla yaklaştığını hatırlayabiliyordu. Bastırılmış bu anılar, sıklıkla terapi sırasında başka bir sorundan bahsederken ortaya çıkmıştı.

Son yıllarda bu tür iddiaların sayısı önemli ölçüde azalmış olsa da klinisyenler bu konuda birbirlerinden farklı görüşler ileri sürer (Andrews ve Brewin, 2017; McNally, 2017). Bazıları, bu yeniden hatırlanan anıların, kişinin zihninde yıllardır gömülü olan korkunç taciz anıları olduğuna inanmaktadır (MacIntosh, Fletcher ve Colin-Vézina, 2016). Diğer klinisyenler ise -büyük bir çoğunluk- bu anıların aslında birtakım yanılsamalar, karışık bir zihnin yarattığı sahte görüntüler olduğuna inanmaktadır. Bastırılmış anı kavramına karşı olanlar, çocukluktaki cinsel istismarın ayrıntılarının genellikle bellekten tamamen silinmeden çok iyi hatırlandığını savunmaktadır. Ayrıca belleğin genellikle hatalı olduğuna da dikkat çekmektelerdir. Dahası bir araştırma düzenlenip katılımcıların hayal gücünden yararlanılarak laboratuvar ortamında çeşitli türlerde sahte anılar oluşturulabilir (McNally, 2017; Volz ve diğ., 2017).

Sözde yeniden hatırlanan çocukluk anıları göründüğü gibi değilse o hâlde bu durum nasıl açıklanabilir? Bu kavrama karşı çıkanlara göre burada güçlü bir şekilde telkine açık olma durumu söz konusu olabilir (McNally, 2017; Loftus, 2003, 2001). Bu kuramcılar, bu fenomene hem klinisyenler hem de halk tarafından gösterilen ilginin, bazı terapistlerin yeterli kanıt olmadan bu şekilde bir tanı koymasına yol açtığını savunmaktadır. Ayrıca bazı terapistler hipnoz ve regresyon terapisi dâhil olmak üzere bellekteki bazı anıları geri getirmeye yönelik teknikler kullanır. Belki de bazı danışanlar bu tür teknikler sırasında farkında olmadan çocuklukta yaşanmış bir istismara dair sahte anılar oluşturmaktadır (McNally, 2017; McNally ve Garaerts, 2009).

Elbette çocukluktaki cinsel istismara dair bastırılmış anılar sadece klinik uygulamalar sırasında ortaya çıkmaz. Bazı kişiler bunu kendi kendilerine keşfederler. Bastırılmış anı kavramının karşıtları, bu tür vakaların ortaya çıkmasında çeşitli kitapların, internet sitelerinin ve çocukluk çağı istismarına yönelik bastırılmış anılar olgusunun varlığını kabul eden televizyon programlarının etkisine işaret etmektedir (Haaken ve Reavey, 2010; Loftus, 1993). Yine de bu kavramın diğer bazı karşıtları, bazı insanların çocukluktaki bir taciz olayına ya da diğer türden olaylara dair sahte anılar geliştirmeye diğer insanlardan daha yatkın olduğuna inanmaktadır (McNally, 2017; McNally ve diğ., 2005).

Bastırılmış çocukluk anılarının yeniden hatırlanması kavramına eleştiri getiren kuramcıların, çocuğun cinsel istismarının bir sorun olduğunu hiçbir şekilde inkar etmediklerini anlamak önemlidir. Aslında bu görüşün karşıtları ve savunucuları, halkın bu tartışmayı klinisyenlerin çocuk cinsel istismarı sorununun kapsamı hakkında şüpheleri olduğu şeklinde algılamasından büyük endişe duymaktadır. Maalesef bu sorun çok gerçektir ve oldukça da yaygındır


Bettmann/Getty Images

**Erken çocukluk dönemindeki anıları hatırlamak** Hepsi farklı yılların aynı gününde doğan bu kardeşler, 1958 yılındaki doğum günü partilerinde pastalarını görünce birbirlerinden farklı şekillerde tepki veriyorlar. Peki, her biri bugün o partiyi nasıl hatırlıyor? Araştırmalar, erken çocukluk dönemindeki anılarımızın aile üyelerimizin anılarından, rüyalarımızdan, televizyondan ve filmlerin konusundan ve şimdiki benlik imajımızdan etkilenebileceğini gösteriyor.

karşı aşırı suçluluk (örneğin, evlilik dışı bir ilişki) gibi daha sıradan koşullar altında ortaya çıkabilir (Guina ve diğ., 2018).

Disosiyatif amnezinin bir kişiyi ne derece etkileyeceği bilgilerin ne kadar süreyle unutulduğuna bağlıdır. İki yıllık bir amnezik dönemin iki saatlik bir amnezik dönemden daha fazla problem getireceği açıktır. Benzer şekilde, bir kişinin hayatının büyük ölçüde değiştiği bir amnezik dönem, bu tür önemli değişikliklerin olmadığı bir amnezik dönemden daha fazla zorluğa neden olur.

Disosiyatif amnezinin şiddetli şekilde deneyimlendiği türüne, **disosiyatif füg** denir. Burada insanlar sadece kim olduklarını ve geçmiş yaşamlarının ayrıntılarını unutmakla kalmaz, aynı zamanda yaşadıkları çevreden ayrılarak tamamen farklı bir çevreye gider. Bazı insanlar kısa mesafeli bir yere yolculuk yapar ve bu yeni ortamda çok az sosyal ilişki kurar (Harrison ve diğ., 2017; APD, 2013). Bu kişilerin deneyimledikleri füg kısa süreli olabilir- saatler veya günlerle sınırlı olabilir- ve aniden bitebilir. Bununla birlikte, diğer bazı durumlarda ise, kişi evinden çok uzaklara gidebilir, kendine yeni bir isim verebilir ve yeni bir kimlik, yeni ilişkiler inşa edebilir

**disosiyatif füg** Bir kişinin bulunduğu çevreden ayrılıp yeni bir yere giderek yeni bir kimliğe büründüğü ve bununla eş zamanlı olarak geçmişini unuttuğu bir disosiyatif amnezi biçimi.

hatta yeni bir iş bile kurabilir. Ayrıca yeni kişilik özellikleri de sergileyebilirler, bu noktada genellikle daha dışa dönük olurlar. Kitap ve filmlerinde bellek kaybı yaşayan gizli ajan Jason Bourne karakterine ilham veren asırlık Rahip Ansel Bourne vakası, bu durumun bir örneğini yansıtmaktadır.

*17 Ocak 1887'de [Greene, R.I. Rahibi Ansel Bourne], Greene'deki bir arazi için ödeme yapmak üzere Providence'daki bir bankadan 551 dolar çekti, bazı faturaları ödedi ve Pawtucket şehrine giden bir at arabasına bindi. Bu, hatırladığı en son olaydı. O gün eve dönmedi ve iki ay boyunca ondan hiçbir haber alınamadı. Onun için gazetelerde kayıp ilanı yayımlandı ve cinayetten şüphelenen polis onu boşu boşuna her yerde aradı. Pennsylvania'daki Norristown kasabasında altı hafta önce kendine küçük bir dükkân kiralayan ve içini kırtasiye malzemeleri, şekerlemeler, meyveler ve küçük eşyalarla dolduran, hiç kimsenin dikkatini çekmeyecek kadar doğal ve sessiz bir şekilde işini sürdüren A.I. Brown, 14 Mart sabahı korku içinde uyandı ve nerde olduğunu bildirmek için cemaatini aradı. Adının Ansel Bourne olduğunu, Norristown'da ne yaptığına ve neden burada bir dükkan kiraladığına anlam veremediğini, hatırladığı son şeyin -sanki sadece dünmüş gibi- Providence'ta bankadan para çekmesi olduğunu söyledi.... Çok zayıflamıştı, neredeyse yirmi kilo kadar vermişti ve dükkân açma fikri onu o kadar dehşete düşürmüştü ki buraya bir daha ayak basmak istemedi.*

*(James, 1890, ss. 391-393)*



AP Photo/Peter Cosgrove

**Kayboldu ve bulundu** Cheryl Ann Barnes, 1996 yılında Florida'ya vardıklarında büyükannesi ve üvey annesinin yardımıyla uçaktan indiriliyor. Lisede onur öğrencisi olan 17 yaşındaki bu kız, Florida'daki evinden kayboldu ve 1 ay sonra disosiyatif füg yaşayan kimliği belirsiz kadın olarak kaydedilmiş şekilde New York City hastanesinde bulundu.

Fügler, aniden sonlanma eğilimindedir. Bazı durumlarda Rahip Bourne'da da olduğu gibi kişi hiç bilmediği bir yerde "uyanır", çevresinde aşina olmadığı yüzler görür ve oraya nasıl geldiğine anlam veremez. Bazı durumlarda kişinin geçmişine dair herhangi bir bilgi olmaması şüphe uyandırabilir. Bir trafik kazası veya yasal bir sorun, polisin bu sahte kimliği keşfetmesine yol açabilir. Bazı durumlarda da kayıp olan kişiyi arkadaşları arar ve bulur. Kişiler füg hâli sona ermeden bulunduklarında terapistler, onlara hayatlarının ayrıntıları hakkında birçok soru sormayı, onlara kim olduklarını defalarca hatırlatmayı hatta anılarını yeniden hatırlamadan önce bir psikoterapi sürecine başlamayı gerekli bulabilirler (Harrison ve diğ., 2017; Igwe, 2013). Bu kişilerden bazıları anılarını yeniden hatırlamaya başladıkça füg dönemindeki olayları unutmaya başlamaktadır.

Disosiyatif füg geçiren insanların çoğu, anılarının çoğunu veya tamamını yeniden hatırlar ve bu füg durumu hiçbir zaman bir daha nüksetmez. Fügler genellikle kısa ve tamamen geri döndürülebilir olduğundan bu tür bir deneyim sonrasında ortaya çıkabilecek bazı etkiler çok az sayıda kişide görülür. Bununla birlikte aylarca veya yıllardır disosiyatif füg yaşayan ve bu nedenle uzak bir yere taşınmış olan insanlar, dönüş yolunda uçuşları sırasında meydana gelen değişikliklere uyum sağlamakta sık sık sorun yaşarlar. Ayrıca bazı insanlar füg döneminde suç işlemişlerdir ve daha sonra bu durumun sonuçları ile yüzleşmek zorunda kalırlar.

## Disosiyatif Kimlik Bozukluğu

Disosiatif kimlik bozukluğu, Luisa örneğinde de gördüğümüz gibi hem çarpıcıdır hem de işlevselliği bozar:

*Luisa tedavi için kliniğe ilk kez, Denver yakınlarındaki bir banliyöde yol kenarında daireler çizerek boş boş yürürken bulunduktan sonra getirilmişti. Telaşlı, yetersiz beslenmiş ve kir içinde olan 30 yaşındaki bu kadın polise adının Franny olduğunu, 15 yaşında olduğunu ve Telluride'deki evinden kaçtığını söylemişti. İlk başta polis memurları onun fuhuş yaptığı veya uyuşturucu bulundurduğu için ceza almaktan kaçmak amacıyla kim olduğu hakkında sahte bilgiler verdiğinden şüphelenmişti ancak bulunduğunda bu iki suçtan herhangi birini işlediğine dair hiçbir kanıt da yoktu.*

*Söylediklerine gerçekten de inandığı anlaşıldıktan sonra herhangi bir kimliği olmayan bu kadın, gözlem için bir psikiyatri hastanesine nakledildi. Terapist ile tanıştığında artık korkunç ailesinden kaçmış ve bu durum hakkında telaşlı bir şekilde konuşan küçük bir çocuk değildi. Şimdi kendine Luisa diyordu ve üzgün bir ses tonuyla yavaş ve ölçülü konuşuyordu -konuşması anlaşılırdı ama çoğu zaman kafası karışmış gibi görünüyordu.*

*Luisa, altı yaşındayken üvey babası tarafından yıllarca cinsel tacize uğradığını anlattı. 15 yaşında evden kaçtığını ve o zamandan beri annesi ya da üvey babasıyla konuşmadığını söyledi. Yıllar boyunca sokaklarda yaşadığını, şu anda ise erkek arkadaşı Tim ile küçük bir dairede yaşadıklarını anlattı. Ancak kendisine sorulduğunda Tim'in ne iş yaptığını, adresini ve soyadını söylemedi. Ardından tedavisi klinikte devam etti.*

*Tedavi süresince terapisti onun mutsuz geçen çocukluğunun ve maruz kaldığı cinsel istismarın ayrıntılarını araştırmaya devam ederken, Luisa gittikçe daha fazla tedirgin oluyordu ve sonunda bir seansta 15 yaşındaki Franny'ye dönüştü. Terapisti notlarında onun bu durumunu, "Tüm fiziksel varlığı aniden ve neredeyse şiddetli bir şekilde değişti. Önceden gevşemiş hatta düz olan yüzü gerildi, buruştu ve tüm vücudu eğildi. Sandalyesini neredeyse iki metre geriye çekti ve ona yöneldiğimde defalarca benden kaçtı. Kelimeler ağzından tiz bir ses tonuyla kesik kesik ve hızlı bir şekilde çıkıyordu, kelime dağarcığı bir çocuğunki gibi sınırlı hâle gelmişti. Olduğundan tamamen farklı bir insan olarak görünüyordu." şeklinde tarif etti.*

*Sonraki birkaç seansta Luisa'nın terapisti, onun diğer kişilikleri ile de tanışmaya başladı. Bunlardan biri, o küçükken Luisa'ya öğretmenlik yaptığını iddia eden katı okul müdürü Bayan Johnson'dı. Bir diğeri Roger'dı -evsiz, sert ve tehlikeli biriydi- Luisa'nın ve onun diğer kişiliklerinin kendisinin sorumluluğunda olduğunu söylüyordu. Ayrıca 55 yaşında ve boşanmış Sarah ile 24 yaşında, Luisa'nın para hesabı ya da daha karmaşık matematik hesaplarıyla uğraşması gerektiğinde ortaya çıkan bir matematik dehası ve muhasebeci olan Lily de onun diğer kişilikleri arasında yer alıyordu.*

Geçmişte *çoklu kişilik bozukluğu* olarak da bilinen **disosiyatif kimlik bozukluğuna** sahip bir kişi; her biri birbirinden farklı anılar, davranışlar, düşünceler ve duygular kümesine sahip olan, genellikle **alt kişilikle**r veya **alternatif kişilikler** olarak adlandırılan iki veya daha fazla farklı kişilik geliştirir (tekrar bk. Tablo5-3). Herhangi bir zamanda, alt kişiliklerden biri ön plana çıkar ve tüm işleyişe hâkim olur. Genellikle *birincil* veya *ev sahibi* kişilik olarak adlandırılan bir alt kişilik diğerlerinden daha sık ortaya çıkar.

Bir alt kişilikten diğerine geçişi ifade eden ve *yer değiştirme* adı verilen durum genellikle aniden meydana gelir ve dramatik olabilir. Örneğin böyle bir yer değiştirme sırasında Luisa yüzünü gerdi, omuzlarını ve vücudunu şiddetle öne eğdi. Bu yer değiştirme genellikle stres yaratan bir olay tarafından tetiklenir, diğer yandan klinisyenler de hipnotik telkinle alt kişiliklerin yer değiştirmesini sağlayabilir.

Disosiyatif kimlik bozukluğu vakaları ilk olarak yaklaşık üç yüzyıl önce bildirilmiştir (Rieber, 2006, 2002). Birçok klinisyen bu bozukluğun nadir görüldüğünü düşünmektedir ancak bazı raporlar bu durumun bir zamanlar düşünüldüğünden çok daha yaygın olabileceğini göstermektedir (Foote, 2018; Dorahy ve diğ., 2014). Bozukluğun tanısı ilk olarak geç ergenlikte veya erken yetişkinlikte konulmaktadır fakat çoğu zaman, belirtiler aslında tanı koyulmadan çok önce bir travma veya istismar (genellikle cinsel istismar) olayından sonra erken çocukluk döneminde başlamıştır (Foote, 2018). Kadınlarda bu bozukluğun görülme oranı erkeklere göre 3 kat daha fazladır.

**Kadınların disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alma olasılığı erkeklere göre neden daha yüksek olabilir?**

**Alt Kişilikler Birbirleri ile Nasıl Etkileşime Girer?** Alt kişiliklerin birbirleriyle ne şekilde bağlantılı oldukları veya birbirlerinin farkında olup olmadıkları vakadan vakaya değişiklik göstermektedir (Morton, 2018, 2017; Ellenberger, 1970). Bununla birlikte genellikle alt kişilikler arasında üç tür ilişkiden bahsetmek mümkündür. *Karşılıklı amnezik ilişki* türünde alt kişiliklerin birbirlerinin varlığına dair hiçbir farkındalıkları yoktur. Aksine *karşılıklı olarak birbirinin farkında olunan ilişki* türünde ise her bir alt kişilik, diğer alt kişiliklerin varlığının farkındadır. Bu alt kişilikler birbirlerinin sesini duyabilir hatta kendi aralarında konuşabilirler. Bazıları birbiri ile iyi ilişkiler içindeyken bazıları ise hiç anlaşamaz.

*Tek yönlü amnezik ilişki* türü ise alt kişilikler arasında en yaygın olan ilişki türüdür ve bu tür bir ilişkide bazı alt kişilikler diğerlerinin farkındadır ancak bu farkındalık karşılıklı değildir. *Bilinçli alt kişilikler* olarak adlandırılan diğerlerinin farkında olan bu alt kişilikler, diğer alt kişiliklerin davranışlarını ve düşüncelerini izleyen ancak onlarla etkileşime girmeyen "sessiz gözlemcilerdir." Bazen başka bir alt kişilik ön plandayken bilinçli olan alt kişilik işitsel halüsinasyonlar (belki emirler veren bir

## #Değerlendirmenin Gecikmesi

Disosiyatif kimlik bozukluğu olan insanlara bu tanının konulması belirtiler ortaya çıktıktan ortalama yedi yıl sonra ancak terapiye başvurduklarında mümkün olmaktadır (Foote, 2018).

**disosiyatif kimlik bozukluğu** A Bir kişinin birbirinden farklı iki veya daha fazla kişilik geliştirdiği disosiyatif bozukluk. *Çoklu kişilik bozukluğu* olarak da bilinir.

**alt kişilikler** Disosiyatif kimlik bozukluğu olan bireylerde bulunan iki veya daha fazla farklı kişilik. *Alternatif kişilikler* olarak da bilinir.

## #BellekÜzerineFilmler

- *Parçalanmış (2016)*
- *Kayıp Balık Dori (2016)*
- *Bourne Serisi (2012, 2007, 2004, 2002)*
- *Gerçeğe Çağrı (2012,1990)*
- *Siyah Kuğu (2010)*
- *Zindan Adası (2010)*
- *Felekten Bir Gece (2009)*
- *Örümcek Adam 3 (2007)*
- *Sil Baştan (2004)*
- *Mançuryalı Aday (2004, 1962)*
- *Kayıp Balık Nemo (2003)*
- *Akıl Defteri (2000)*

ses gibi) veya "otomatik yazma" (Ön planda olan alt kişilik kendini birden kontrolü olmayan şekilde kelimeler yazarken bulabilir.) gibi dolaylı yollarla kendini gösterir.

Araştırmacılar bir zamanlar disosiyatif kimlik bozukluğu vakalarının çoğunda iki veya üç alt kişilik bulunduğunu düşünmekteydi. Günümüzde ise araştırmalar, her bir hastada görülen ortalama alt kişilik sayısının çok daha fazla olduğunu (ör. kadınlar için 15 ve erkekler için 8) göstermektedir (Foote, 2018; APD, 2000). Aslında 100 veya daha fazla alt kişiliğin gözlemlendiği vakalar bile söz konusudur. Genellikle alt kişilikler bir seferde 2 veya 3 kişilik gruplar hâlinde ortaya çıkmaktadır.

Eve'in Üç Yüzü adlı kitap ve film ile ün kazanan "Eve White" vakasında bir kadının üç alt kişiliği bulunmaktaydı: Eve White, Eve Black ve Jane (Thigpen ve Cleckley, 1957). Birincil kişilik olan Eve White sessiz ve ciddi, Eve Black vurdumduymaz ve muzip ve Jane ise olgun ve zekiydi. Kitaba göre bu üç alt kişilik nihayetinde diğer üçünün gerçekten bütünleşmesini sağlayan ve sabit bir kişilik olan Evelyn ile birleşti.

Ancak kitap yanılmıştı, Eve'in deneyimlediği disosiyasyonun sonu gelmemişti. 20 yıl sonra bir otobiyografide Evelyn'den sonra 9 alt kişilik de dâhil olmak üzere onun hayatı boyunca 22 alt kişiliğinin ortaya çıktığı öğrenildi. Bu alt kişilikler genellikle üçlü gruplar hâlinde ortaya çıktılar ve görünüşe göre kitabın yazarları, bu nedenle onun önceki veya sonraki alt kişiliklerini bilmiyorlardı. Sonraki yıllarda bu bozukluğun üstesinden geldi, tek ve sabit bir kimliğe kavuştu ve 2016'daki ölümüne kadar 40 yıl boyunca Chris Sizemore olarak anıldı (Weber, 2016; Sizemore, 1991).

**Alt Kişilikler Birbirlerinden Nasıl Farklılaşır?** Chris Sizemore'un durumunda olduğu gibi alt kişiliklerin genellikle birbirinden oldukça farklı özellikleri vardır. Ayrıca kendi isimleri ve farklı *tanımlayıcı özellikleri, yetenekleri* ve *tercihleri hatta fizyolojik tepkileri* olabilmektedir.

**TANIMLAYICI ÖZELLİKLER** Alt kişilikler, ünlü Sybil romanında anlatılan Sybil Dorsett vakasında olduğu gibi yaş, cinsiyet, ırk ve aile öyküsü gibi temel özellikler bakımından farklılık gösterebilir. Romana göre Sybil, hepsi birbirinden farklı tanımlayıcı özelliklere sahip 17 alt kişilik sergiliyordu. Bu alt kişilikler bir yetişkini, bir ergeni hatta bir bebeği içeriyordu. Alt kişiliklerden biri olan Vicky, kendisini çekici ve sarışın biri olarak görürken bir diğeri Peggy Lou kendisini "kısa boylu, basık burunlu ve özel güçlere sahip" bir çizgi filmi karakterine benzetiyordu. Yine bir diğeri Mary, dolgun siyah saçlı ve Vanessa uzun, ince ve kızıl saçlı bir kadındı. (Bu romanın konusunu oluşturan vakanın gerçek hayatta var olan bir vaka olup olmadığının son yıllarda sorgulandığını belirtmekte fayda vardır.)




Michael Maslin/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Felix, zaten evli olduğumuzu öğrenmek seni şaşırttı mı?"*

**YETENEKLER VE TERCİHLER** Soyut veya ansiklopedik bilgilere dair bellek, disosiyatif amnezide genellikle etkilenmemekte ancak disosiyatif kimlik bozukluğu söz konusu olduğunda bu tür bilgilere dair belleğin de etkilendiği görülmektedir. Farklı alt kişiliklerin farklı yeteneklere sahip olması sıklıkla görülebilen bir durumdur: biri araba kullanabilir, yabancı bir dil konuşabilir veya bir müzik aleti çalabilirken diğerleri bunları yapamaz (Foote, 2018; Coons ve Bowman, 2001). El yazıları da farklı olabilir. Buna ek olarak alt kişiliklerin genellikle yemek, arkadaş, müzik ve edebiyat konusunda farklı zevkleri vardır. Chris Sizemore ("Eve") sonraki yıllarda konu ile ilgili deneyimini, "Bir kişilik olarak dikiş dikmeyi öğrenip sonra başka bir kişiliğim olarak dikmeyi deneseydim, yapamazdım. Araba kullanmak da aynıydı. Bazı kişiliklerim araba kullanamazdı." şeklinde aktarmıştır (Sizemore ve Pitillo, 1977, s. 4).

**FİZYOLOJİK TEPKİLER** Araştırmacılar, alt kişiliklerin, kan basıncı seviyelerindeki ve alerji durumlarındaki farklılıklar gibi bazı fizyolojik farklılıklara sahip olabileceğini keşfetmiştir (Spiegel, 2009; Putnam ve diğ., 1990). Bu konuda öncü bir çalışmada farklı alt kişiliklerin beyin aktiviteleri, uyarılmış potansiyeller -yani bir elektroensefalografi (EEG) yöntemi kullanılarak kaydedilen beyin yanıtı- ölçülerek incelenmiştir (Putnam, 1984). Bir kişinin belirli uyaranlara (yanıp sönen ışık gibi) karşı ürettiği beyin yanıtı genellikle özgün ve tutarlıdır. Fakat disosiyatif kimlik bozukluğu olan 10 kişinin her birinin dört alt kişiliğine uyarılmış potansiyel testi uygulandığında çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Buna göre her bir alt kişiliğin beyin aktivitesinin kendine özgü olduğu ve genellikle tamamen farklı insanlarda bulunabilecek şekilde çeşitlilik gösterdiği görülmüştür. Son yirmi yılda yapılan diğer bazı çalışmalarda da benzer bulgular ortaya konmuştur (Boysen ve VanBergen, 2014).

Kendi alt kişiliklerinden birinin bir suç işlediği disosiyatif kimlik bozukluğu olan kişiler için mahkemede nasıl bir karar vermek uygun olur?

**Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Ne kadar Yaygın?** Gördüğünüz gibi disosiyatif kimlik bozukluğu nadir görülen bir bozukluk olarak bilinmektedir. Hatta bazı araştırmacılar daha ileri giderek vakaların çoğunun veya tümünün *iyatrojenik* olduğunu yani bu tanının klinik uygulamacıların farkında olmadan ortaya çıkmasına yol açtıkları bir tanı olduğunu bile söylemektedir. Bu araştırmacılar terapistlerin bu bozukluğu, terapi sırasında diğer kişiliklerin varlığına dair ipuçlarından yola çıkarak veya bir hastadan hipnoz altındayken doğrudan farklı kişilikler sergilemesini telkin ederek yarattıklarına inanmaktalardır. Aynı zamanda birden fazla kişiliğin varlığını araştırmaya odaklanan bir terapistin, bir hasta disosiyasyon belirtileri gösterdiğinde bu tür belirtilere özellikle daha fazla ilgi göstererek bu tür örüntülerin varlığını pekiştirebileceğine de inanmaktadırlar.

Birçok disosiyatif kimlik bozukluğu vakasının ilk olarak kişinin daha az ciddi bir sıkıntıya yönelik tedavi aldığı sırada keşfediliyor olması, bu görüşleri destekliyor gibi görünmektedir. Ancak bu, tüm durumlar için geçerli değildir; birçok kişi yaşamları boyunca zamandaki hızlı geçişlerin farkına vardıkları veya akrabaları ya da arkadaşları onların alt kişiliklerini gözlemledikleri için tedaviye başvurmaktadır (Foote, 2018; Putnam, 2006, 2000).

Disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alan insanların sayısı 1980'lerde ve 1990'larda çarpıcı bir şekilde artmış ancak yirmi birinci yüzyılda tekrar düşüş göstermiştir (Foote, 2018; Paris, 2012). Bu düşüşe rağmen şu anda yalnızca Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da binlerce vaka tespit edilmiştir ve bazı klinik kuramcılar, Amerika Birleşik Devletleri ve diğer Batı ülkelerindeki nüfusun yaklaşık yüzde 1'inde bu bozukluğun görüldüğünü tahmin etmektedir (Foote, 2018). Madalyonun diğer yüzünde ise birçok klinisyen bu tanı kategorisinin geçerliliğini hala sorgulamaya devam etmektedir.

### #SybilVakasınınTedavisi

Sybil'in yazarı ve Sybil'in gerçek hayattaki terapistiyle yakın çalışan birkaç meslektaşının iddialarını da içeren son raporlar, Shirley Manson'un (Sybil'in dayandığı kişi) hipnoz olmaya oldukça açık, son derece kolay etkilenebilen ve terapistini memnun etme isteği olan biri olduğunu ve aslında gösterdiği belirtilerin büyük ölçüde hipnoz, sodyum pentotal ve terapistinin yaklaşımları ile tetiklendiğini göstermektedir (Carey, 2017; Nathan, 2011; Rieber, 2002, 1999).

## Kuramcılar Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?

Disosiyatif amnezi ve disosiyatif kimlik bozukluğunu açıklamak için çeşitli kuramlar önerilmiştir. Psikodinamik kuramcıların önerdiği gibi daha eski açıklamalara yönelik çok fazla araştırma yapılmamıştır (Merenda, 2008). Bununla birlikte *duruma bağlı öğrenme* ve *kendi kendine hipnoz* gibi etkenleri vurgulayan daha yeni bakış açıları, klinik araştırmacıların ilgisini çekmiştir.

**duruma bağlı öğrenme** Bilginin gerçekleştiği koşullarla ilişkilendirilmesine, böylelikle en iyi şekilde tekrar aynı koşullar altında hatırlanabilmesine dayanan öğrenme biçimi.

**Psikodinamik Bakış Açısı** Psikodinamik kuramcılar, disosiyatif bozuklukların en temel savunma mekanizması olan *bastırma* nedeni ile ortaya çıktığına inanmaktadır: Buna göre insanlar farkında olmadan acı veren anılarının, düşüncelerinin veya dürtülerinin bilinç düzeyine ulaşmasını engelleyerek bunların yaratacağı kaygıyı azaltmaya çabalarlar. Her insan belli bir düzeyde bastırmayı kullanır (bk. PsikolojikGözlem) ancak disosiyatif amnezi ve disosiyatif kimlik bozukluğu olan kişilerin bu savunma mekanizmasını aşırı düzeyde kullandığı düşünülmektedir (Snyder, 2018; Henderson, 2010).

Psikodinamik bakış açısına göre disosiyatif amnezi, geniş kapsamlı bir bastırmanın *tek bir bölümüdür*. Kişi aşırı derecede üzücü bir olay ile ilgili anısını onunla yüzleşmenin vereceği acıdan kaçınmak için farkında olmadan bastırır (Foote, 2018; Kikuchi ve diğ., 2010). Bu anıların bastırılması, kişinin çok şiddetli düzeyde bir kaygıdan korunması için belki de tek yoldur.

Aksine disosiyatif kimlik bozukluğunun *yaşam boyu süren* aşırı düzeyde bir bastırmadan kaynaklandığı düşünülmektedir (Snyder, 2018; Howell, 2011). Psikodinamik kuramcılar, kişinin yaşamı boyunca bastırmayı sürekli olarak kullanmasında, çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların özellikle de kişinin ebeveyni tarafından istismara maruz kalmış olmasının etkisi olduğuna inanmaktadır (Foote, 2018; Blass, 2015). Bu tür travmalar yaşayan çocuklar, içinde yaşadıkları tehlikeli dünyadan korkmaya başlayabilir ve kendilerini güvende hissettiren başka bir kişi gibi davranarak bu tehlikeli dünyadan kaçabilir. İstismara uğramış çocuklar, aşırı şekilde cezalandırılmalarının bir nedeni olduğuna inandıkları dürtülerinden de korkabilirler. Ne zaman "kötü" düşünceleri veya dürtüleri olsa farkında olmadan bunların diğer kişiliklerine ait olduğuna inanarak onlardan kaçmaya ve onları inkâr etmeye çalışırlar.

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

### Belleğin Tuhaf Özellikleri

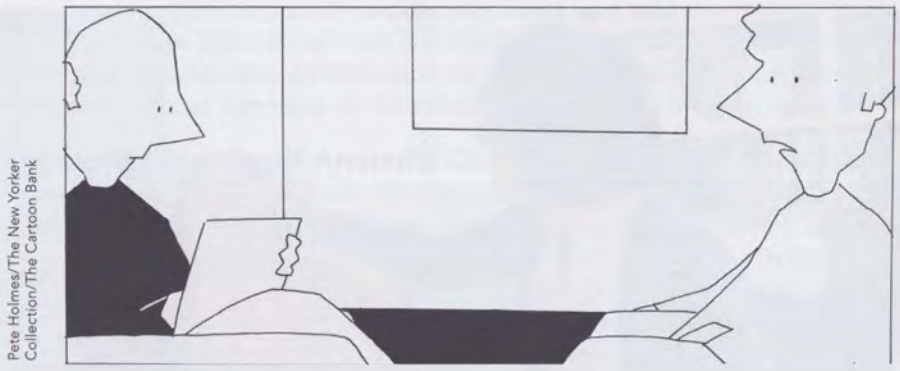
Bellek sorunları, genellikle bir bozukluğun işareti olarak kabul edilmeden önce bir kişinin işlevselliğini büyük ölçüde etkiliyor olmalıdır. Diğer yandan belleğin bazı tuhaf özellikleri günlük hayatımızı yansır. Bellek üzerine çalışmalar yapan araştırmacılar, belleğin bu tür özelliklerinin bir bölümünü tanımlamıştır -bunlardan bazıları aşina olduğumuz, bazıları fayda sağlayan, bazıları soruna neden olan özelliklerdir ancak bunlardan hiçbiri anormal bir durumu yansıtmaz.



Barcroft/Getty Images

**Müzik belleği** Sekiz yaşındaki görme engelli piyanist Ying-Shan Tseng, Güney Afrika'da bir konserde performans sergiliyor. Genç sanatçı, Tchaikovsky, Mozart ve diğer sanatçıların karmaşık konçertolarını ezberinden çalabiliyor- bu beceri en başarılı piyanistlerde bile olmayan bir beceridir.

- **Unutkanlık** Genellikle zihnimiz başka düşüncelere odaklandığı için bazı bilgileri kaydetmekte başarısız oluruz. İlk başta bir bilgiyi öğrenmemişsek, sonradan onu hatırlayamamamız şaşırtıcı değildir.
- **Déjà vu** Neredeyse hepimiz bazı zamanlarda ilk defa karşılaştığımız bir durumla aslında daha önce karşılaştığımıza dair tuhaf bir duyguya kapılırız. Daha önce de bu durum yaşamış olduğumuzdan eminizdir.
- **Jamais vu Bazen** tam tersi bir deneyim yaşarız: Günlük rutin yaşamımızın bir parçası olan bir durum veya sahne, birdenbire bize yabancı görünür. "O arabanın benim arabam olduğunu biliyordum, ama daha önce onu hiç görmemişim gibi hissettim."
- **Dilimin ucunda olgusu** Dilimizin ucunda bir şey olması, ani gelişen bir "bilme hissidir": Bazı bilgileri o an hatırlamıyoruz ancak onları bildiğimizi biliyoruz.
- **Eidetik imge** Bazı insanlar o kadar canlı artimgelere sahiptir ki bir resme sadece bir kez baktıktan sonra bile onu ayrıntılı olarak tanımlayabilirler. Bu imgeler, resimler, olaylar, fanteziler veya rüyalara dair anılar olabilir.
- **Anestezi altında bellek** Bazı hastalar ameliyat sırasında anestezi altındayken konuşulanları anlamaya devam eder ve ameliyattan sonra da cerrahi prosedür sırasında başkaları tarafından söylenenleri hatırlayabilir.
- **Müzik belleği** Mozart küçük bir çocukken bile bir müzik parçasını yalnızca bir kez duyduktan sonra ezberleyebiliyor ve çalabiliyordu. Benzer şekilde birçok müzisyen, müzik parçalarının tamamını zihinsel olarak duyabilir, böylece enstrümanlarından uzakta olsalar bile bu parçaları ezberleyebilir.
- **Görsel bellek** Çoğu insan görsel bilgileri diğer türdeki bilgilerden daha iyi hatırlar: Akıllarına yerlerin, nesnelerin, yüzlerin veya kitap sayfalarının görünümünü kolayca getirebilirler. Bir kişinin ismini unutsalar bile o kişinin yüzünü çok iyi hatırlarlar. Bazı insanların ise sözel bellekleri daha güçlüdür: özellikle sesleri veya kelimeleri iyi hatırlarlar ve akıllarına genellikle kelime oyunları veya tekerlemeler gelir.




*"Sanırım, yanlışlıkla iyi anılarımı bastırdım."*

Disosiyatif kimlik bozukluğuna yönelik psikodinamik bakış açısının getirdiği açıklamalar, dayak atma, kesme, sigarayla yakma, dolaba kilitleme, tecavüz ve aşırı derecede sözlü istismar gibi şiddetli düzeyde travmatik çocukluk deneyimleri olan kişiler için çeşitli çalışmalar, büyük ölçüde vaka çalışmaları ile desteklenmiştir (Foote, 2018; Ross ve Ness, 2010). Yine de bu bozukluğa sahip bazı bireylerin geçmiş öyküsünde istismar deneyimi olmadığı görülmektedir (Ross, 2018). Örneğin *Eve'in Üç Yüzü*'ne konu olan Chris Sizemore, hastalığının ilk olarak okul öncesi dönemde üç ay arayla iki ölüme ve korkunç bir kazaya tanık olduktan sonra ortaya çıktığını bildirmiştir.

**Duruma Bağlı Öğrenme: Bilişsel-Davranışçı Bakış Açısı** İnsanlar belirli bir durum veya duygudurum içindeyken bir şeyler öğrenirlerse öğrendikleri bu bilgiyi en iyi şekilde aynı durum içinde olduklarında hatırlamaları daha olasıdır. Örneğin alkolün etkisi altındayken öğrendikleri bir bilgiyi daha sonra yine alkolün etkisi altındayken daha güçlü şekilde hatırlayabilirler. Benzer şekilde eğer bir bilgiyi öğrenirken sigara içiyorlarsa daha sonra tekrar sigara içtikleri zaman bu bilgiyi daha iyi hatırlayabilirler.

**Duruma bağlı öğrenme ilkelerini kullanarak okulda veya işte daha başarılı olmak mümkün olabilir mi?**

Durum ve bilgiyi hatırlama arasındaki bu bağlantıya **duruma bağlı öğrenme** denir. İlk olarak hayvanlarla yapılan deneysel çalışmalarda, deney sırasında bir bilgiyi bazı ilaçların etkisi altındayken öğrenen hayvanların daha sonra bu bilgiyi aynı ilaçların etkisi altındayken daha iyi hatırlayabildikleri görülmüştür (Radulovic ve diğ., 2017; Overton, 1966, 1964). Daha sonra insanlarla yapılan çalışmalar da duruma bağlı öğrenmenin duygudurumla ilişkili olabileceğini göstermiştir: Mutluyken öğrenilen bilgi en iyi şekilde yeniden mutlu olunduğunda hatırlanmakta ve üzgünken öğrenilen bilgi de en iyi şekilde yine üzgünken hatırlanmaktadır (Xie ve Zhang, 2018; Bower, 1981) (bk. **Şekil 5-3**).

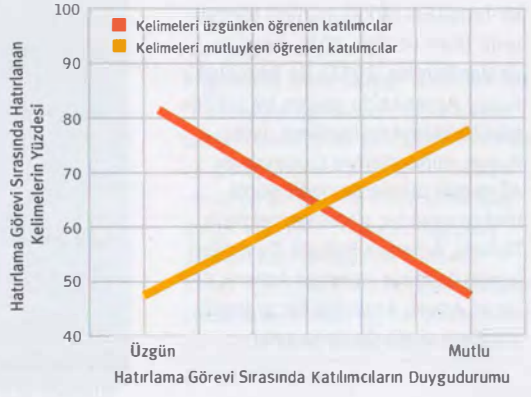
Peki, duruma bağlı öğrenme nasıl gerçekleşmektedir? Bir olasılık, *uyarılma* düzeyinin öğrenme ve belleğin önemli bir parçası olmasıdır. Yani belirli bir uyarılma düzeyi ona bağlı olarak hatırlanan bir dizi olay, düşünce ve beceriyi içerecektir. Bir durum bu düzeyde bir uyarılma ile ortaya çıktığında kişinin bu durumla bağlantılı anıları hatırlama olasılığı daha yüksektir.

İnsanlar bazı uyarılma durumlarında bazı olayları diğerlerinden daha iyi hatırlasalar da çoğu bu olayları çok çeşitli başka durumlar altında da hatırlayabilir. Bununla birlikte bazı kuramcılar disosiyatif bozukluklar geliştirmeye eğilimli kişilerde, durum-bellek arasındaki bağlantıların alışılmadık derecede katı ve dar olduğunu öne sürmektedir (Miller, 2017; Barlow, 2011). Bu kişilerin düşüncelerinin, anılarının ve becerilerinin her biri, *özellikle* bellekte ilk kez depolandığı durumla hemen hemen aynı olan belirli bir uyarılma durumuna bağlı olabilir. Örneğin bu tür insanlar sakin hissettiklerinde, stresli zamanlarda yaşadıkları şeyleri unutabilirler ve bu durum da disosiyatif amneziye zemin hazırlayabilir. Benzer şekilde, disosiyatif kimlik bozukluğunda farklı uyarılma düzeyleri tamamen farklı anı, düşünce ve beceri gruplarının yani farklı alt kişiliklerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu,

**ŞEKİL 5-3**

**Duruma Bağlı Öğrenme**

Bir çalışmada, hipnotize edici bir şekilde mutlu hissetmeleri yönünde uyarılmalarının sağlandığı bir anda kendilerine sunulan listedeki kelimeleri öğrenen katılımcılar, daha sonra yine bu kelimeleri hatırlamalarının istendiği görev sırasında eğer mutlu hissediyorlarsa üzgün hissettikleri duruma göre daha fazla sayıda kelime hatırlamıştır. Tersine, üzgün hissettikleri bir anda aynı kelimeleri öğrenen katılımcılar ise, hatırlama görevi sırasında üzgün hissettikleri durumda, mutlu hissettikleri duruma göre daha fazla sayıda kelime hatırlamıştır (bilginin alındığı kaynak: Bower, 1981).





Amelie-Benoist/BSIP/Getty Images

**Duyusal bellek** Duyusal uyaranlar genellikle önemli anıları tetikler. Bu nedenle bazı klinisyenler, hastaların anılarını hatırlamalarına yardımcı olmak için uçucu yağların kokularının ve salınımlarının kullanıldığı bir yöntem olan *olfaktoterapi* uygular.

disosiyatif kimlik bozukluğunda kişiliklerin yer değiştirmesinin neden ani ve stresle ilişkili bir yönü olduğunun bir açıklaması olabilir.

**Kendi Kendine Hipnoz** İlk kez Bölüm 1'de gördüğünüz gibi hipnotize edilmiş insanlar uyku benzeri bir duruma geçer ve bu durumda telkine oldukça açık hâle gelirler. Bu durumdayken normalde imkansız görünen şekillerde davranabilir, algılayabilir ve düşünebilirler. Örneğin geçici olarak kör veya sağır olabilir veya bedenlerindeki bir ağrıya yoğunlaşabilirler. Hipnoz aynı zamanda insanların yıllar önce meydana gelen ve unutulan olayları hatırlamasına da yardımcı olabilir; hipnozun bu özelliği, birçok psikoterapist tarafından kullanılan bir özelliğidir. Tersine, insanların gerçekleri, olayları ve hatta kim olduklarına dair kişisel bilgileri unutmasına yani *hipnotik amnezi* adı verilen bir etkiye de neden olabilir.

Hipnotik amnezi ile disosiyatif bozukluklar birlikte incelendiğinde aralarında çarpıcı benzerlikler olduğu görülmektedir (Foote, 2018; van der Kruijs ve diğ., 2014). Her ikisi de insanların belirli bir bilgiyi bir süre unuttuğu ancak daha sonra hatırladığı durumlardır ve her ikisinde de insanlar neden unuttuklarına dair herhangi bir farkındalığa sahip değildir ya da bir şeyi unutmuş olduklarının farkına varmazlar. Bu benzerliklerden yola çıkarak bazı kuramcılar, disosiyatif bozuklukların insanların hoş olmayan olayları unutmak için kendilerini hipnotize ettikleri bir tür **kendi kendine hipnoz** durumu olabileceği sonucuna varmışlardır (Brenner, 2018; Dell, 20109. Örneğin farkında olarak veya olmayarak kendilerini hayatlarında son zamanlarda meydana gelen korkunç deneyimleri unutarak hipnotize eden insanlarda disosiyatif amnezi gelişebilir. Kişinin bu kendi kendine ortaya çıkardığı amnezi, kişinin geçmişine ve kimliğine ilişkin tüm anılarını kapsıyorsa o kişi bir disosiyatif füg geçirebilir.

Kendi kendine hipnoz teorisi, disosiyatif kimlik bozukluğunu açıklamak için de kullanılabilir (Brenner, 2018; Wood, 2016). Birkaç araştırmaya dayanarak bazı kuramcılar, bu bozukluğun genellikle çocukların hipnoz için telkine açık olmak gibi gerekli özelliklere sahip oldukları 4 ila 6 yaşları arasında başladığına inanmaktadır (Lyons, 2015; Kohen ve Olness, 2011). Söz konusu kuramcılar, istismar veya diğer korkunç olaylarla karşılaşan bazı çocukların bu tehdit edici dünyalarından zihinsel olarak onları bedenlerinden ayıran ve başka bir kişi veya kişiler olma isteklerini yerine getirmelerini sağlayan kendi kendine hipnoz yoluyla kaçmayı başardıklarını öne sürmektedir (Foote, 2018). Birden çok kişiliğe sahip bir hasta buna benzer bir durumu, "[Çocukluğumda] sıklıkla trans halindeydim. Oturabileceğim, gözlerimi kapatabileceğim ve hipnoz altında olduğu gibi çok rahat hissedene kadar hayal kurabileceğim küçük bir yer vardı." şeklinde ifade etmiştir (Bliss, 1980, s. 1392).

## Disosiyatif Amnezi ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir?

Gördüğünüz gibi disosiyatif amnezisi olan insanlar genellikle kendiliğinden iyileşirler. Sadece bazen bazı bellek sorunları uzun sürer ve tedavi gerektirir. Bunun aksine disosiyatif kimlik bozukluğu olan kişiler genellikle unuttukları anılarını yeniden

### #KültürelBağlar

Bazı klinik kuramcılar, disosiyatif kimlik bozukluğunun kültüre bağlı bir bozukluk olduğunu ileri sürmektedir (Kim ve diğ., 2016; Boysen ve VanBergen, 2013). Bu bozukluk Kuzey Amerika'da yaygın bir şekilde görülmekteyken İngiltere, İsveç, Rusya, Hindistan ve Güneydoğu Asya gibi ülkelerde nadir görülmekte veya hiç görülmemektedir. Dahası, Amerika Birleşik Devletleri içinde özellikle İspanyol Amerikalılar ve Asyalı Amerikalılar arasında görülme oranı da daha azdır.

hatırlamak ve bütünleşmiş bir kişilik geliştirmek için tedaviye ihtiyaç duyar. Disosiyatif amneziye yönelik tedaviler disosiyatif kimlik bozukluğuna yönelik tedavilere göre daha başarılı olma eğilimindedir ve büyük olasılıkla bunun nedeni, disosiyatif amnezide daha az karmaşık bir örüntünün söz konusu olmasıdır.

**Terapistler Disosiyatif Amnezisi Olan Kişilere Nasıl Yardım Eder?** Disosiyatif amnezi için önde gelen tedaviler *psikodinamik terapi, hipnozla terapi* ve *ilaç tedavisidir* ancak bu müdahalelerin etkili olduğuna yönelik destek büyük ölçüde kontrollü araştırmalardan çok vaka çalışmalarından gelmektedir (Gentile, Dillon ve Gillig, 2013). Psikodinamik terapistler, unutulmuş deneyimlerin bilince geri getirilmesi amacıyla hastaların bilinçdışı ile çalışmaya yönelir (Howell, 2011). Psikodinamik terapinin bu odağı, özellikle disosiyatif amnezisi olan insanların ihtiyaçlarına çok uygun görünmektedir. Çünkü bu tür bir bozukluğu olan kişilerin unuttukları anıların yeniden hatırlamasını sağlamak gerekmektedir ve psikodinamik terapistlerin genel yaklaşımı, bastırılmış anıları ve diğer psikolojik süreçleri ortaya çıkarmaya çalışmaktır. Bu nedenle normalde psikodinamik yaklaşımları desteklemeyenler de dâhil olmak üzere birçok kuramcı, psikodinamik terapinin disosiyatif amnezi için en uygun tedavi olabileceğine inanmaktadır.

Disosiyatif amnezinin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir diğer yöntem **hipnozla terapi** veya **hipnoterapidir.** Bu yöntem terapistlerin hastalarını hipnotize etmesini ve ardından unuttukları olayları hatırlamaları için onlara rehberlik yapmasını içerir (Brenner, 2018; Rathbone ve diğ., 2014). Disosiyatif amnezinin bir tür kendi kendine hipnoz olabileceği düşünüldüğünde hipnoterapi bu anlamda özellikle yararlı bir müdahale olabilir. Bu yöntem disosiyatif amnezinin tedavisinde hem tek başına hem de diğer yaklaşımlarla birlikte kullanılmaktadır (Colletti ve diğ., 2010).

Bazen disosiyatif amnezisi olan hastaların unuttukları anılarını yeniden hatırlamalarına yardımcı olmak için *sodyum amobarbital* (Amytal) veya *sodyum pentobarbital* (Pentothal) gibi barbitürat enjeksiyonları kullanılmaktadır. Bu ilaçlar genellikle "hakikat serumu" olarak adlandırılır fakat aslında etkileri insanları sakinleştirmek ve kaygılarını tetikleyen olayları bastırmalarını engellemek, böylece bu olayları hatırlamalarına yardımcı olmaktır. Bununla birlikte bu ilaçlar her zaman işe yaramaz ve eğer kullanılacaksa diğer tedavi yaklaşımlarıyla birlikte kullanılmasına yönelik bir yaklaşım izlenir.

**Terapistler Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Olan Kişilere Nasıl Yardım Eder?** Disosiyatif amnezisi olan kişilerin aksine disosiyatif kimlik bozukluğu olan kişiler sıklıkla bir tedavi desteği olmadan iyileşmez. Bu bozukluğun tedavisi, tıpkı bozukluğun kendisi gibi karmaşık ve zordur. Terapistler genellikle danışanlarının, (1) bozukluklarının doğasını tam olarak anlamalarına, (2) belleklerindeki boşlukları doldurmalarına ve (3) alt kişiliklerini tek bir işlevsel kişilikte birleştirmelerine yardımcı olmaya çalışır (Ross, 2018; Bressert, 2017).

**kendi kendine hipnoz** Bazen hoş olmayan olayları unutmak için kendini hipnotize etme süreci.

**hipnozla terapi** Hastanın hipnoz yöntemi ile unuttuğu anıları hatırlaması veya diğer terapötik etkinliklerin gerçekleştirilmesi için yönlendirildiği bir tedavi. *Hipnoterapi* olarak da bilinir.



Erin Painter/Midland Daily News/AP Photo

**Hipnotik hatırlama** Northwood Üniversitesi öğrencileri, hipnoz sırasında Hawaii'de bir kumsalda oldukları ve güneş kremine ihtiyaç duydukları yönünde bir telkinin etkisi altındalar. Birçok klinisyen, hastaların geçmiş olayları hatırlamalarına yardımcı olmak için hipnotik yöntemler kullanır ancak araştırmalar bu tür yöntemlerin genellikle sahte anılar oluşturduğunu göstermiştir.

**kaynaşma** Disosiyatif kimlik bozukluğunda iki veya daha fazla alt kişiliğin nihai birleşmesi.

**kendine yabancılaşma-gerçekdışılık bozukluğu** Sürekli ve yineleyici olarak kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığıyla belirgin bir disosiyatif bozukluk.

**BOZUKLUĞU TANIMAK** Disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konulduktan sonra terapistler genel olarak birincil kişilikle ve her bir alt kişilikle bağ kurmaya çalışır (Meganck, 2017; Howell, 2011). Terapist bu kişiliklerle bağ kurdukça, hastalara bozukluk hakkında eğitim vererek bozukluğun doğasını tam olarak anlamalarına yardımcı olmaya çalışır. Bazı terapistler hipnoz yoluyla ya da hastalara diğer kişiliklerinin videolarını izleterek alt kişiliklerin birbirini tanımasını sağlar (Ross, 2019; Howell, 2011). Birçok terapist grup terapisinin de hastaları bozukluğun doğası hakkında bilgilendirme konusunda etkili bir yöntem olduğunu keşfetmiştir (Fine ve Madden, 2000). Ayrıca aile terapisinin hastaların eşlerini ve çocuklarını bozukluğun doğası hakkında bilgilendirmek ve aynı zamanda onlardan hasta hakkında bilgi almak için kullanılabilecek etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Kluft, 2001, 2000).

**ANILARIN GERİ GETİRİLMESİ** Terapistler hastaların geçmişlerinin eksik parçalarını yeniden hatırlamalarına yardımcı olmak için sıklıkla psikodinamik terapi, hipnoterapi ve ilaç tedavisi gibi disosiyatif amneziye yönelik uygulanan aynı yaklaşımları disosiyatif kimlik bozukluğu olan kişiler için de kullanır (Brenner, 2018; Brand, Loewenstein ve Spiegel, 2014). Ancak bazı alt kişilikler diğerlerinin hatırladığı deneyimleri inkâr etmeye devam edebildiği için bu teknikler, disosiyatif kimlik bozukluğu olan hastalarda disosiyatif amnezisi olan hastalar için olduğu kadar etkili değildir. Alt kişiliklerden biri, travmatik deneyimleri hatırlamanın birincil kişiliğe vereceği acıyı önlemek için "koruyucu" bir rol üstlenebilir (Chefetz, 2017).

**ALT KİŞİLİKLERİ BÜTÜNLEŞTİRMEK** Terapinin nihai amacı, farklı alt kişilikleri tek ve bütünleşmiş bir kimlikte birleştirmektir. Bütünleştirme; hastalar tüm davranışlarına, duygularına, duyumlarına ve bilgilerine "sahip oluncaya" kadar tedavi boyunca sürekli olarak devam eden bir süreçtir. Kaynaşma, iki veya daha fazla alt kişiliğin nihai birleşmesidir. Birçok hasta bu nihai tedavi hedefine güvenmez ve alt kişiliklerin bütünleşmesini bir tür ölüm olarak görebilir (Howell, 2011; Kluft, 2001, 1991). Alt kişiliklerin birleşmesini sağlamak için terapistler tarafından psikodinamik, destekleyici, bilişsel-davranışçı ve ilaç tedavileri gibi bir dizi yaklaşım kullanılmaktadır (Ross, 2018; Cronin ve diğ., 2014).

Alt kişilikler bir kez bütünleştiğinde, bu bütünleşmiş kişiliği korumak ve daha sonra ortaya çıkabilecek disosiyasyonları önlemek için genellikle sosyal becerilerin ve başa çıkma becerilerinin öğretilmesine odaklanan bir terapiye bir süre daha ihtiyaç vardır. Vaka çalışmalarında bazı terapistler yüksek başarı oranları rapor ederken (Ross, 2018; Brand ve diğ., 2014) bazıları ise hastaların tam bir bütünleşmeye direnç gösterdiğini bildirmiştir. Sayıları az da olsa bazı terapistler, bu hastalarda tam bir bütünleşmenin gerçekleştirilmesine gerçekten bir ihtiyaç olup olmadığını sorgulamaktadır.

## Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu

Daha önce de değinildiği gibi depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu belirtileri arasında diğer disosiyatif bozukluklarda görülen bellek sorunları yer almasa da DSM-5'te disosiyatif bozukluk başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Sürekli ve yineleyici olarak depersonalizasyon (kendine yabancılaşma-kendisinin veya bedeninin gerçek olmadığı hissi) ve/veya derealizasyon (gerçekdışılık-çevredekilerin gerçekdışı veya garip olduğu hissi) yaşantıları bu bozukluğun temel belirtilerini oluşturmaktadır.

*24 yaşında, erkek, bir yüksek lisans öğrencisi... Kendi gerçekliğinden şüphe etmeye başlamıştı. Kendisine dışarıdan baktığı bir rüyanın içinde yaşıyor gibi hissediyordu ve bedeni veya düşünceleri ona yabancı geliyordu. Kendisine kendi gözleriyle baktığında, bedeninin parçalarını olduğundan çok farklı ve çarpık olarak algılıyordu -elleri ve ayakları ona oldukça büyük görünüyordu. Kampüste yürürken sık sık gördüğü insanların robot olabileceğini düşünüyordu...*

*İkinci seansında [kız arkadaşını] da çarpık bir beden yapısında algılamaya başlamıştı. Bu seansa gelme konusunda kararsız kalmıştı, çünkü terapistinin gerçekten var olup olmadığından emin olamıyordu.*

*(Kluft, 1988, s. 580)*

Bu yüksek lisans öğrencisi gibi kendine yabancılaşma belirtisi gösteren insanlar, kendilerini bedenlerinden ayrılmış gibi hisseder ve kendilerini dışarıdan izledikleri hissine

### #ÖzlüSözler

"Hayal kurmaya çalışıyordum ama zihnim gezinmeye devam etti."
Steven Wright, komedyen

kapılırlar. Zaman zaman ruhları veya zihinleri kendilerinden birkaç adım yukarıda süzülüyor gibi görünür -bu his, *zihnin çiftlenmesi* hissi olarak adlandırılır. Bedenlerinin parçaları kendilerine yabancı gelir, ellerini ve ayaklarını normalden daha küçük veya daha büyük olarak algılarlar. Birçok hasta duygusal durumlarını "mekanik", "rüya gibi" veya "sersemlemiş" olarak tanımlar. Ancak tüm bu deneyim boyunca algılarının çarpık olduğunun farkındadırlar ve bu şekilde gerçeklikle temas hâlinde kalırlar. Bazı durumlarda diğer duyusal deneyimlere ve davranışlara da yansıyan deneyimleri olabilir. Örneğin bu sorunu yaşayan insanların dokunma veya koku alma duyularında veya zaman veya mekân algılarında da çarpıklıklar olabilir veya konuşmaları veya davranışları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri hissine kapılabilirler.



Daniel Morel/Reuters/Alamy

**Dinî disosiyasyonlar** Dinî veya kültürel geleneklerin bir parçası olarak birçok insan, disosiyatif kimlik bozukluğu ve kendine yabancılaşma-gerçek dışılık bozukluğunun belirtilerine benzer deneyimleri yaşamak için gönüllü olarak transa geçer. Burada voodoo dinine inananlar, Haiti, Souvenance'deki bir tapınakta kutsal bir havuzun içinde trans hâlinde şarkı söylüyor ve suda çırpınıyor.

Kendine yabancılaşmanın aksine, gerçekdışılık yaşantısında ise dış dünyanın gerçek dışı ve tuhaf olduğu duygusu belirgindir. Nesneler şekil veya boyut değiştiriyor gibi görünebilir; diğer insanlar uzak, mekanik hatta ölü olarak algılanabilir. Örneğin yukarıda bahsedilen yüksek lisans öğrencisi diğer insanları robot olarak görüyor, kız arkadaşının bedenini çarpık olarak algılıyordu; terapistinin gerçekten var olup olmadığından emin olamadığı için terapinin ikinci seansına gelme konusunda kararsız kaldı.

Her kendine yabancılaşma ve gerçekdışılık deneyimi, tek başına kendine yabancılaşma-gerçek dışılık bozukluğunun tanısı için yeterli değildir. Geçici olarak kendine yabancılaşma veya gerçekdışılık tepkileri oldukça yaygın şekilde yaşanır (Simeon, 2017; Michal, 2011). İnsanların üçte biri, zaman zaman kendilerini bir filmde izliyormuş gibi hissettiklerini söylemektedir. Benzer şekilde yaşamı tehdit eden bir tehlikeyle karşı karşıya kalan bireylerin üçte biri, kendine yabancılaşma veya gerçek dışılık hissi yaşamaktadır (van Duijl ve diğ., 2010). İnsanlar bazen bazı ilaçları kullandıktan sonra veya yeni yerlere seyahat ettikten sonra kendine yabancılaşma hissi yaşar. Küçük çocuklar da öz farkındalık kapasitelerinin gelişimi sürecinde zaman zaman kendine yabancılaşma hissi yaşayabilir. Bu tür vakaların çoğunda bu tür bir deneyim yaşayan kişiler bu çarpıtmayı telafi edebilir ve bu geçici deneyim sona erene kadar işlevselliklerini sürdürmeye devam edebilir.

**Daha önce kendine yabancılaşma gibi bir deneyim yaşadıysanız bu deneyim sırasında yaşadıklarınızı o anda nasıl açıklardınız?**

Bunun aksine kendine yabancılaşma-gerçek dışılık bozukluğunun belirtileri sürekli veya yineleyici özelliktedir, yaşamı kaplar; önemli düzeyde sıkıntıya neden olur ve sosyal ilişkileri ve mesleki işlevselliği bozabilir (Simeon, 2017; Gentile ve diğ., 2014). Bu bozukluk, 40 yaş üzeri insanlar arasında nadir, ergenler ve genç yetişkinler arasında ise sıklıkla olmak üzere genel popülasyonun yaklaşık yüzde 2'sinde görülmektedir. Belirtiler genellikle aniden ortaya çıkar ve aşırı yorgunluk, fiziksel ağrı, yoğun stres veya kötüye kullanılan bir maddenin bırakılması ile tetiklenebilir. Rehin tutulma veya kaçırılma gibi yaşamı tehdit eden travmatik bir deneyim sonrası hayatta kalanlar, bu tür bir bozukluk geliştirmeye özellikle yatkındırlar. Bozukluk uzun süreli olma eğilimindedir. Belirtiler bir süreliğine iyileşebilir hatta tamamen kaybolabilir ancak şiddetli düzeyde bir stresin yaşandığı dönemlerde tekrar ortaya çıkar. Vaka örneğindeki yüksek lisans öğrencisi gibi birçok hasta da akıllarını kaybettikleri şeklinde bir korkuya kapılır ve belirtileri hakkında endişelenir. Kendine yabancılaşma-gerçekdışılık bozukluğunu açıklamak için ise az sayıda kuram ortaya atılmıştır. Bozukluğun tedavisi için farklı birtakım psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır ancak bu yaklaşımların etkinliğini değerlendirmeye yönelik neredeyse hiç çalışma yapılmamıştır (Simeon, 2017).

## ... ÖZETLE

**DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR** Disosiyatif bozuklukları olan kişiler, sıklıkla travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkan ve belirgin bir fiziksel nedeni olmayan bellek işlevlerinde ve kimlikte önemli değişiklikler gibi bazı belirtiler gösterir. Tipik olarak belleğin veya kimliğin bir kısmı diğer kısımlardan ayrışır veya kopuk hâle gelir. Disosiyatif amnezisi olan kişiler, önemli kişisel bilgileri veya hayatlarındaki geçmiş olayları hatırlamakta güçlük yaşarlar. Disosiyatif amnezinin aşırı şekilde deneyimlendiği bir türü olan disosiyatif füge ise kişi, sadece kişisel

*(devamı sonraki sayfada)*

## #ÖzlüSözler

"Hayal gücünü belleği ile karıştıran birçok insan var."

Josh Billings

bilgilerini hatırlamak ile ilgili bir zorlanma yaşamakla kalmaz, aynı zamanda yaşadığı çevreden farklı bir yere kaçar ve kendine yeni bir kimlik oluşturabilir. Disosiyatif bozukluklardan bir diğeri olan disosiyatif kimlik bozukluğunda kişi, iki veya daha fazla farklı alt kişilik geliştirir.

Disosiyatif amnezi ve disosiyatif kimlik bozukluğunun doğası hala yeterince anlaşılamamıştır. Bu bozukluklara katkıda bulunan etkenler büyük ölçüde bir savunma mekanizması olarak bastırmanın aşırı kullanılması, duruma bağlı öğrenme ve kendi kendine hipnoz gibi süreçler ile açıklanmaktadır.

Disosiyatif amnezi kendiliğinden sona erebilir veya tedavi gerektirebilir. Disosiyatif kimlik bozukluğu ise sıklıkla tedavi gerektirir. Disosiyatif amnezisi olan kişilerin unuttukları anılarını yeniden hatırlamalarına yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılan yaklaşımlar, psikodinamik terapi, hipnozla terapi ve sodyum amobarbital veya sodyum pentobarbital gibi ilaçların kullanıldığı tedavilerdir. Terapistler disosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinde de aynı yaklaşımları kullanırlar ve ayrıca danışanlarının bozukluğun doğasını ve kapsamını tanımalarına, belleklerindeki boşlukları doldurmalarına ve alt kişiliklerini tek bir işlevsel kişilikte birleştirmelerine yardımcı olmaya çalışırlar.

Yine başka bir tür disosiyatif bozukluk olan kendine yabancılaşma-gerçek dışılık bozukluğu olan kişiler, kendi zihinsel süreçlerinden veya bedenlerinden kopmuş ve kendilerini dışarıdan izliyormuş veya etraflarındaki insanlar veya nesneler gerçek dışı veya kendilerinden kopukmuş gibi hissederler.

# Travma ve Stresle Başa Çıkmak

Travma ve stres kavramı, Sigmund Freud'un psikopatolojinin çoğu biçiminin travmatik kayıplar veya olaylarla başladığını öne sürdüğü ilk günden beri anormal psikoloji alanında öne çıkan bir kavram olmuştur. Peki travma ve stres neden ve nasıl psikopatolojiye dönüşür? Bu soru aslında son zamanlara kadar klinik kuramcılar ve araştırmacılar tarafından tam anlamıyla cevaplanmamıştır. Günümüzde ise araştırmacılar artık travma, stres ve psikolojik işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi açıklıyorlar -bu ilişkiyi biyolojik etkenler, çocukluk deneyimleri, bireysel etkenler ve sosyal destek sistemleri de dahil olmak üzere birçok değişkenin karmaşık ve açık bir etkileşimi olarak nitelendiriyorlar. Benzer şekilde klinisyenler artık akut ve travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler için biyolojik, bilişsel-davranışçı, aile ve grup müdahalelerini *bütünleştiren* daha etkili tedavi programları geliştiriyorlar.

Bu bölümde anlatılan travmatik bir olay ile tetiklenen bozukluklar arasında yer alan bir diğer bozukluk grubu olan disosiyatif bozuklukların doğasını açıklamaya ve bu bozukluklar için etkili tedavi yöntemleri geliştirmeye yönelik girişimler o kadar hızlı ilerlememiştir. Bununla birlikte alanın bu tür bozukluklara yönelen ilgisi kısmen travma sonrası stres tepkilerinde ve Alzheimer hastalığı gibi kökenini fiziksel etkenlerden alan bozukluklarda görülen bellek işleyişindeki bozulmalara karşı olan yoğun klinik ilgiden dolayı son yirmi yılda artış göstermiştir.

Travma ve stres alanındaki hızlı gelişmelerin ortasında ders alınması gereken bir hikâye de var. Bir bozukluk üzerinde yoğun bir şekilde çalışıldığında toplumdakine benzer şekilde bazı araştırmacıların ve klinisyenlerin de bu bozukluk hakkındaki gerçek bilgilerden uzaklaşması mümkün olabilmektedir. Örneğin kısmen TSSB belirtilerine sıklıkla rastlanması ve TSSB'nin bir bozukluk olarak çok fazla ilgi görmesi gibi nedenler ile pek çok insan -belki de çok daha fazlası- günümüzde sıklıkla travma sonrası stres bozukluğu tanısı almaktadır. Benzer şekilde günümüzde bazı klinisyenler, disosiyatif bozukluklara olan ilginin yeniden artmasının bu tür bozuklukların genel toplumdaki yaygınlığı hakkında yanlış bir izlenim yaratabileceğinden endişe etmektedir. Çocuklarda bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu gibi şu anda büyük bir ilgi gören diğer psikopatolojiler söz konusu olduğunda da bu tür potansiyel sorunlarla karşılaşılması olasıdır. Aydınlanma ve aşırı coşku arasında genellikle ince bir çizgi vardır.



**KLİNİK TERCİHLER**

Artık travma ve stres bozukluklarını öğrendiniz. Şimdi bu bölümde öğrendiklerinizi etkileşimli bir vaka çalışması ile değerlendirebilirsiniz. ***Klinik Tercihlere*** erişmek için dijital kitaptaki **başlatma** çubuğuna gidin. Oradaki Michelle'in belirtilerini tanımlamaya çalışın ve belirtilerine göre nasıl bir tanı alacağını belirleyin. Michelle için en etkili tedavi yaklaşımı hangi yaklaşım olur?

## Anahtar Terimler

stres etkeni, s. 139
hipotalamus, s. 140
otonomik sinir sistemi (OSS), s. 140
endokrin sistem, s. 140
sempatik sinir sistemi, s. 141
parasempatik sinir sistemi, s. 141
hipotalamik-hipofiz-adrenal yol (HHA), s. 142
kortikosteroidler, s.142
akut stres bozukluğu, s. 142
travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), s. 142
tecavüz, s. 145
terör, s. 145
işkence, s. 146
stres döngüsü, s. 149
psikolojik dayanıklılık, s. 150
karmaşık TSSB, s. 151
gelişimsel psikopatoloji, s. 151
bilişsel işleme terapisi, s. 154
uzun süreli maruz bırakma, s. 154
duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), s. 154
psikolojik anlamlandırma, s. 156
disosiyatif bozukluklar, s. 157
bellek, s. 157
disosiyatif amnezi, s. 157
amnezik dönem, s. 158
disosiyatif füg, s. 159
disosiyatif kimlik bozukluğu, s. 161
alt kişilikler, s. 161
iyatrojenik, s. 163
bastırma, s. 164
duruma bağlı öğrenme, s. 165
kendi kendine hipnoz, s. 166
hipnozla terapi, s. 167
kaynaşma, s. 168
kendine yabancılaşma-gerçek dışılık bozukluğu, s. 16

## Hızlı Kısa Sınav

1. İnsanların yaşamdaki stres etkenlerine nasıl tepki vereceğini hangi faktörler belirler? *s. 139-142*
2. Kişilerin travmatik bir olay yaşadıktan sonra akut ve travma sonrası stres bozuklukları geliştirip geliştirmeyeceğini etkileyen faktörler nelerdir? Gelişimsel psikopatoloji bakış açısı, travma sonrası stres bozukluğunun başlangıcını açıklamak için bu faktörleri nasıl bütünleştirir? *s. 148-152*
3. Akut veya travma sonrası stres bozukluğu olan kişilere yönelik hangi tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır? *s. 153-156*
4. Farklı türdeki disosiyatif bozuklukların isimlerini yazın ve bu bozuklukları tanımlayın. *s. 157-169*
5. Disosiyatif amnezinin çeşitli örüntüleri nelerdir? Disosiyatif füg nedir? *s. 157-160*
6. Disosiyatif kimlik bozukluğunda alt kişilikler arasındaki farklı etkileşim türleri nelerdir? *s. 161-162*
7. Psikodinamik, duruma bağlı öğrenme ve kendi kendine hipnoz gibi yaklaşımların disosiyatif amnezi ve disosiyatif kimlik bozukluğuna yönelik açıklamalarını tanımlayın. Her bir açıklama araştırmalarla ne kadar iyi desteklenmektedir? *s. 164-166*
8. Disosiyatif amnezinin tedavisinde hangi yaklaşımlar kullanılmaktadır? *s. 167*
9. Disosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinin temel özellikleri nelerdir? Bu bozukluğun tedavisi etkili bir tedavi midir? *s. 167-168*
10. Kendine yabancılaşma-gerçekdışılık bozukluğunu tanımlayın ve açıklayın. Bu bozukluğun doğası ne kadar iyi anlaşılmıştır? *s. 168-169*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


NITIAL

BÖLÜM

6

# Depresif ve Bipolar Bozukluklar

*Yirmi iki yaşındayken... benim için bir şeylerin yolunda gitmediğinin farkına vardım. İki yıldır Los Angeles'ta yaşıyordum, çeşitli geçici işlerde çalışırken bir yandan da bir yazar ve performans sanatçısı olmak için çabalıyordum. Birdenbire ve görünürde bir sebep olmaksızın -ya da öyle görünüyordu- güçlü bir keder duygusu hissetmeye başladım. Hastalığın adım adım ilerleyişini hatırlamıyorum. Hatırlayabildiğim şey, hayatımın parçalandığı; önce garip ve ürkütücü bir hüzün boşluğuna, sonra da bir yorgunluk ağına dönüştüğü. Yavaş yavaş çalışma yeteneğimi kaybettim. Yataktan kalkmam, banyo yapmam, kıyafetlerimi giymem saatlerimi alırdı. Tamamen giyinebilmem öğleden sonrayı bulurdu.*

*Bir süre sonra geçici işlere gitmeyi bıraktım, dışarı tamamen çıkmaz oldum ve kendimi eve kapattım. Evden çıkabilecek kadar iyi hissedebilmem üç haftadan uzun sürdü. Bu süre içinde kendimi her şeyden ve herkesten soyutladım. Banyo yapmadan günler geçerdi. Kendimi veya evimi temizleyecek yeterli enerjim yoktu. Oturma odasından yatak odasına, küçücük dairemin banyosuna uzanan bir dizi iç çamaşırı ve diğer kıyafetler yerlerdeydi. Çürümeye yüz tutmuş yiyeceklerin olduğu bulaşıklar, tezgâhı ve masayı kaplardı. Televizyon seyretmek veya telefonda konuşmak bile çok fazla konsantrasyon gerektiriyordu... Tek yapabildiğim, oturma odasının zeminine serilmiş olan battaniye ve palto demetine gömülmek ve içinden geçtiğim şeyin geçip gitmesini beklemekti. Ve gitti de. Yavaşça...*

*Derinlerde bir yerde, ben de içimde bir şeylerin yanlış gittiğini biliyordum. Ama ne yapabilirdim? Sersemlemiş ve savunmasız bir hâldeydim, yapabileceğimi hissettiğim tek şey devam etmekti. Zihnimin ve yapmaya zorladığı davranışların kontrolümde olduğunu kendime hatırlattım. Gelecekte, son derece farkında olmam gerekecekti. Olanların bir daha tekrarlamamasını sağlayacaktım. Ama oldu. Tekrar tekrar, ne kadar bilinçli, sorumlu veya kontrollü olmaya çalışırsam çalışayım...*

*Depresyonun her bir dalgası bana pahalıya mal oldu. İşimi kaybettim çünkü kurumun bulduğu geçici iş yerleri bile uzun süreli devamsızlıklarıma daha fazla tahammül edemedi. Kirayı ödeyemediğim için evden çıktım ve bir pansiyonda küçük bir oda kiralamak zorunda kaldım. Arkadaşlarımı kaybettim. Çoğu, ani huysuzluk ve pasifliğimle uğraşmayı çok zahmetli buldu; bu yüzden aramayı ve etrafımda olmayı bıraktılar.*

*(Danquah, 1998)*

Çoğu insanın ruh hâli inişli çıkışlıdır. Sevinç veya üzüntü hissetmek, günlük olaylara karşı anlaşılabilir tepkilerdir ve kişilerin hayatlarını büyük ölçüde etkilemez. Ancak bazı insanların duygu durumları uzun sürer. Yukarıda rahatsızlığını anlatan performans sanatçısı ve şair Meri Nana-Ama Danquah örneğinde olduğu gibi, duygu durumu dünyayla olan tüm etkileşimlerini yönetmekte hatta normal işleyişini etkilemektedir. Bu tür insanlar özellikle depresyon, mani veya her ikisi ile mücadele ederler. **Depresyon**; hayatın karanlık göründüğü ve zorluklarının ezici olduğu düşük, üzücü bir durumdur. Depresyonun tersi olan **mani**, insanların dünyanın kendilerinin olduğuna dair abartılı bir inanca sahip olabileceği, nefessiz bir öfori ya da en azından taşkın bir enerji hâli olarak tanımlanabilir.

Bu tür duygu durum sorunları, iki temel bozukluğun çatısını oluşturur: depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar (APA, 2013). Bu bölümde bu bozukluklar incelenmektedir. **Depresif bozukluğu** olan kişiler, yalnızca **tek uçlu depresyon** adı verilen örüntü olan depresyondan muzdariptir. Mani öyküsü yoktur ve depresyonları

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Tek Uçlu Depresyon: Depresif Bozukluklar
  - Tek Uçlu Depresyon Ne Kadar Yaygın?
  - Depresyonun Belirtileri Nelerdir?
  - Tek Uçlu Depresyon Tanısı
  - Stres ve Tek Uçlu Depresyon
  - Tek Uçlu Depresyonun Biyolojik Modeli
  - Tek Uçlu Depresyonun Psikolojik Modelleri
  - Tek Uçlu Depresyonun Sosyokültürel Modeli
  - Modelleri Bütünleştirmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı
- İki Uçlu (Bipolar) Bozukluklar
  - Maninin Belirtileri Nelerdir?
  - İki Uçlu Bozukluk Tanısı
  - İki Uçlu Bozukluğa Neler Sebep Olur?
  - İki Uçlu Bozukluk İçin Tedaviler Nelerdir?
- Bildiklerimizi Anlamlandırmak

**depresyon** Önemli düzeyde üzüntü, enerji azlığı, düşük öz değer, suçluluk veya bunun gibi belirtilerle kendini gösteren olumsuz, üzgün bir durum.

**mani** Kişilerin, dünyanın sahibi olduklarına dair abartılı bir inanca sahip olabilecekleri bir öfori ya da çılgın aktivite durumu ya da dönemi

**depresif bozukluklar** Tek uçlu depresyonun damgasını vurduğu bozukluklar grubu.

**tek uçlu depresyon** Mani öyküsü olmayan depresyon.

**iki uçlu/bipolar bozukluk** Mani ve depresyonun değişen ya da iç içe olduğu dönemlerle kendini gösterdiği bozukluk.

ortadan kalktığında neredeyse normal bir ruh haline dönerler. Buna karşılık **bipolar bozukluğu** olanlarda depresyon dönemleriyle değişen mani dönemleri vardır.

Duygu durum sorunları her zaman insanların ilgisini çekmiştir çünkü bu bozukluktan muzdarip olan pek çok ünlü isim de vardır. İncil Nebukadnetsar, Saul ve Musa'nın şiddetli depresyonlarından söz eder. İngiltere Kraliçesi Victoria ve Abraham Lincoln da tekrarlayan depresyon yaşamış gibi görünüyor. Ruh hâli sorunları yazarlar Ernest Hemingway ve Sylvia Plath, komedyen Jim Carrey ve müzik sanatçıları Bruce Springsteen ve Beyoncé'yi de etkiledi. Sorunları milyonlarca kişi tarafından paylaşıldı.

# Tek Uçlu Depresyon: Depresif Bozukluklar

Kendimizi ne zaman özellikle mutsuz hissetsek "depresifim" yakıştırmasını yapmaya meyilli oluruz. Bu durum aslında sadece üzücü olaylara, yorgunluğa veya mutsuz içerikli düşüncelere karşı ortaya çıkan bir tepkidir. Terimin bu hatalı kullanımı, tamamen anormal bir duygu durum dalgalanmasının klinik bir sendromla karışmasına neden olur. Hepimiz zaman zaman karamsar hissederiz ancak yalnızca bazılarımız tam anlamıyla depresif bir bozukluk yaşarız. Depresif bozukluklar, zaman geçtikçe yoğunlaşabilen şiddetli ve uzun süreli psikolojik sancılar getirir. Bu tür rahatsızlıklardan muzdarip olanlar, yaşamdaki en basit aktiviteleri bile yapma isteklerini kaybedebilir hatta bazıları yaşama isteklerini bile kaybedebilirler.

Hemen hepimiz gün içerisinde duygu durumumuzda iniş çıkışlar yaşarız. Peki, günlük mutsuzlukları klinik depresyondan nasıl ayrıt edebiliriz?

## Tek Uçlu Depresyon Ne Kadar Yaygın?

Birleşik Devletler'de yaşayan yetişkinlerin yaklaşık %8'i şiddetli tek uçlu depresyondan muzdaripken, %5 kadarı da orta şiddette depresyon yaşar (Krishnan, 2017; Kessler ve diğ., 2012, 2010). Tüm yetişkinlerin %20'sine yakını, hayatlarının bir döneminde şiddetli tek uçlu depresif bir dönem geçirmektedir. Bu oranlar Kanada, İngiltere, Fransa ve diğer pek çok ülkede benzer seyretmektedir. Dahası, depresyonun derecesi -orta ya da şiddetli- ekonomik zorluk yaşayan kişilerde, varlıklı kişilere göre daha fazladır (Wood, 2017; Sareen ve diğ., 2011).

Kadınların tek uçlu depresyon yaşama ihtimali erkeklere göre en az iki kat daha fazladır (WHO, 2017). Erkeklerin yüzde 12'sine karşın, kadınların yüzde 26'sı hayatlarının bir döneminde bir depresif dönem geçirir. Bölüm 14'te göreceğiniz gibi çocuklar arasında tek uçlu depresyonun yaygınlığı kız ve erkek çocuklar için benzerdir.

Yaşam boyunca herhangi bir noktada şiddetli bir depresyon dönemi ortaya çıkabilir. Ortalama başlangıç yaşı 19'dur ve genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlikte ortaya çıkar (Weissman ve diğ., 2016). Araştırma yapılan herhangi bir yılda, 65 yaşın altındaki yetişkinlerde şiddetli depresyon görülme oranı, 65 yaşın üzerindekilere göre iki kat daha fazladır (Krishnan, 2017).

Şiddetli depresyon da dâhil olmak üzere tek uçlu depresyonu olan kişilerin yaklaşık yüzde 85'i 6 ay içinde iyileşir, bu oranın içerisinde herhangi bir tedavi olmadan iyileşenler de yer almaktadır. Şiddetli depresyon geçirenlerin yarısından fazlası, hayatlarının geri kalanında en az bir depresif dönem daha geçirmektedir (Coryell, 2018; Simon & Ciechanowski, 2017).




Mike Twohy/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

## Depresyonun Belirtileri Nelerdir?

Depresyonun görünümü kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Meri'nin derin üzüntüsü, yorgunluğu ve bilişsel işlevlerindeki bozulmanın, işini ve sosyal hayatını nasıl durma noktasına getirdiğini daha önce gördünüz. Bazı insanların belirtileri daha hafif olmaktadır. Depresyonları, günlük aktiviteleriyle aralarına mesafe koysa ya da daha az zevk almalarına yol açsa da bu kişiler işlevlerini sürdürürler.

Bölümün başındaki örnekte de görüldüğü gibi depresyonun üzüntü dışında birçok belirtisi vardır. Genellikle birbirini şiddetlendiren belirtiler, beş işlevsellik alanını kapsar: duygusal, motivasyonel, davranışsal, bilişsel ve fiziksel alanlar.

**Duygusal Belirtiler** Depresyonda olan çoğu insan, kendisini üzgün ve karamsar hisseder. Kendilerini "zavallı", "boş" ve "aşağılanmış" olarak görür. Mizah duygularını kaybetme eğilimindelerdir, herhangi bir şeyden çok az zevk aldıklarını bildirirler ve bazı durumlarda anhedoni yani herhangi bir zevk alamama görülür. Bazıları ayrıca kaygı, öfke veya ajitasyon yaşar (Chen ve diğ., 2019). Afroamerikalılarda depresyon hakkında bir kitap olan Black Pain'in yazarı Terrie Williams, depresyonu ortaya çıkarken her sabah yaşadığı ıstırabı şöyle anlatıyor:

> *Gecelerle baş edebildim. Kolayca uykuya daldım ve uyku unutmama yardım etti. Ama gündüzlerle baş etmek imkânsızdı. Her sabah uyanmak, kendimi tanımladığım dünyanın artık olmadığını bir kez daha hatırlamaktı. Gözlerimi açtıktan kısa bir süre sonra ağlama nöbetleri başlardı ve saatlerce tek başıma oturup ağlayarak ve kayıplarım için yas tutardım.*
>
> *(Williams, 2008, s. 9)*

**Motivasyonel Belirtiler** Depresif kişiler olağan aktivitelerini sürdürme arzusunu kaybederler. Hemen hemen hepsi; arzularını, girişkenliklerini ve kendiliğindenliklerini kaybettiklerini ifade ederler. İşe gitmek, arkadaşlarıyla konuşmak, yemek yemek veya seks yapmak için kendilerini zorlamaları gerekebilir. Terrie, depresif bir dönem sırasında sosyal geri çekilmesini şöyle anlatıyor:

> *Bir sabah midemde, beni neredeyse felce uğratan öyle bir korku düğümüyle uyandım ki gün ışığına bakamadım ve o kadar yoğundu ki üç gün boyunca güneşlikler kapalı, ışıklar kapalı, yatakta kaldım.*
>
> *Üç gün telefona hiç cevap vermedim. Üç gün e-postamı kontrol etmiyordum. Dış dünyayla bağlantım tamamen kopmuştu ve umurumda değildi.*
>
> *(Williams, 2008, s. xxiv)*

İntihar, hayatın zorluklarından nihai kaçışı temsil eder. Bölüm 7'de göreceğiniz gibi depresif kişilerin çoğu hayata karşı ilgisini kaybeder veya ölmeyi diler, diğerleri kendilerini öldürebilmeyi ister ve bazıları gerçekten bunu yapar. Şiddetli depresyondan muzdarip insanların yüzde 6 ila 15'inin intihar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (Holmes, 2018; Alridge, 2012).

**Davranışsal Belirtiler** Depresyondaki insanlar genellikle daha az aktif ve daha az üretkendir. Yalnız başlarına daha fazla zaman geçirirler ve uzun süre yatakta kalabilirler. Bir adam durumu şöyle tanımlıyor: "Gözlerim şafakla birlikte açılırdı ama yataktan çıkmak imkânsızdı. Sadece yatakta öylesine kaldım, kaldım ve orada biraz daha kaldım; neredeyse felç olmuş gibiydim, sefaletle dolu bir günün beni beklediğini bilerek." Depresif insanların hareketleri ve konuşmaları da yavaşlayabilir (Liu ve diğerleri, 2019).

**Bilişsel Belirtiler** Depresif kişiler, kendileri hakkında son derece olumsuz görüşlere sahiptir. Kendilerini yetersiz, istenmeyen, aşağı hatta belki kötü biri olarak görürler (Scheffers ve diğerleri, 2019; Dinger ve diğerleri, 2017). Ayrıca neredeyse hemen her talihsiz olay için hatta kendileriyle hiçbir ilgisi olmayan şeyler için bile kendilerini suçlarlar ve başarılarının kaynağı olarak nadiren kendilerini görürler.

Depresyonun bir başka bilişsel belirtisi de karamsarlıktır. Bu insanlar, genellikle hiçbir şeyin düzelemeyeceğine inanır ve hayatlarını değiştirebilme konusunda kendilerini çaresiz hissederler. En kötüsünü bekledikleri için erteleme davranışı görülebilir. Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları onları intihar düşüncesine karşı savunmasız hâle getirir (Lyness, 2016).



Tim Mosenfelder/Getty Images

**"Huzurun nasıl bir his olduğunu bilmiyorum"** New Orleans'ta, 2016 yılında gerçekleşen bu konser performansından birkaç ay sonra son derece başarılı bir rap şarkıcısı ve aktör olan Kid Cudi Facebook sayfasından depresyon ve intihar düşünceleri nedeniyle yatarak tedavi olabilmek için hastanede olduğu bilgisini paylaştı. Hayranlarına şunları söyledi: "Kaygılarım ve depresyonum, kendimi bildim bileli hayatıma hükmetti... Huzurun nasıl bir his olduğunu bilmiyorum." Bir ay sonra sahnelere geri döndü.

**majör depresif bozukluk** İşlevselliği bozan ve madde kullanımı ya da genel tıbbi durumdan kaynaklanmayan şiddetli depresyon örüntüsü.

**kalıcı depresif bozukluk** tek uçlu depresyonun, majör veya orta şiddette süregiden ve tekrarlayan, kronik formu.

**adet öncesi disforik bozukluk** Kadınlarda âdet döneminden önceki hafta boyunca tekrarlayan belirgin depresif ve ilişkili semptomlarla kendini gösteren bir bozukluk.

Depresyonda olan kişiler sıklıkla zihinsel yeteneklerinin çok zayıf olduğundan şikâyet eder (Beblo ve diğ., 2017). Kafaları karışır, bir şeyleri hatırlayamazlar, kolayca dikkatleri dağılır ve en küçük sorunları bile çözemezler. Laboratuvar çalışmalarında depresif insanların depresif olmayanlara göre hafıza, dikkat ve muhakeme görevlerinde biraz daha kötü bir performans sergiledikleri ancak bu farkın çok fazla olmadığı belirtilmektedir (Baune ve diğerleri, 2018; Bowler ve diğerleri, 2018). Bununla birlikte bu zorluklar bazen bilişsel problemlerden ziyade motivasyonel problemlerin bir sonucu olarak da ortaya çıkıyor olabilir.

**Fiziksel Belirtiler** Depresyonda olan kişilerde sıklıkla baş ağrısı, hazımsızlık, kabızlık, baş dönmesi, vücudun genelinde ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklar görülür (Taycan, Özdemir ve Erdoğan, 2017). Aslında birçok depresyon vakasına ilk etapta tıbbi problemlere odaklanılarak yanlış teşhis konulur (Tse, González ve Jenkins, 2018). İştah ve uyku bozuklukları özellikle yaygın olarak konulan tanılar arasında yer almaktadır (Chang ve diğerleri, 2017). Çoğu depresif kişi, hastalıktan önce olduğundan daha az yer, daha az uyur ve kendisini daha yorgun hisseder. Fakat bazı vakalarda tam tersine aşırı yemek yeme ve uyuma da görülebilir.

## Tek Uçlu Depresyon Tanısı

DSM-5'e göre *majör depresif dönem*, üzgün duygu durum ve/veya eskiden zevk alınan şeylere karşı ilginin azalması da dâhil olmak üzere en az beş depresyon belirtisinin bir arada görüldüğü, en az iki hafta süren bir dönemdir (bk. **Tablo 6-1**). Aşırı durumlarda bu dönemde bazı psikotik belirtiler de görülebilir; *sanrılar* (temelsiz tuhaf düşünceler) veya *varsanılar* (gerçekte var olmayan şeylerin algılanması) gibi gerçekliği değerlendirmede bozulmalara işaret eden belirtiler gibi. Psikotik semptomları olan depresif bir adam, "bağırsakları bozulduğu ve yakında çalışmayı bırakacağı için" yemek yiyemediğini söyleyebilir veya ölmüş karısını gördüğünü düşünebilir.

DSM-5, çeşitli depresif bozukluk türlerini listeler. Herhangi bir mani öyküsü olmaksızın majör depresif dönem geçiren kişilere **majör depresif bozukluk** tanısı konur (APA, 2013) (bk. tekrar Tablo 6-1). Bozukluk ayrıca mevsimlere göre değişiyorsa (örneğin depresyon her kış tekrarlıyorsa) *mevsimsel*, hareketsizlik veya aşırı aktivite belirginse *katatonik*, hamilelik sırasında ya da doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde ortaya çıkıyorsa *peripartum* (bk. ***Psikolojik Gözlem*** sayfa 179) veya kişi keyif veren olaylardan neredeyse tamamen zevk almıyorsa *melankolik* olarak sınıflandırılabilir.

Kronik olarak tek uçlu depresyonu olan kişiler, **kalıcı depresif bozukluk** tanısı alırlar (bk. Tablo 6-1). Bu kronik bozukluğa sahip olan bazı kişiler, *majör depresif ataklarla ilerleyen kalıcı depresif bozukluk* olarak adlandırılan bir örüntü olan, tekrarlayan majör depresif dönemlere yaşarken diğerleri *distimik sendromlu kalıcı depresif*



SSPL/Getty Images

**Depresyonu aydınlatmak** Londra'daki Bilim Müzesi'ne gelen bu ziyaretçi, insanların bir kanepede dinlenerek kış depresyonunu ve depresyonun mevsimsel tekrarlarını yenmeye yardımcı olabilecek "ışık terapisi"ni deneyimleyebilecekleri dört adet beyaz ışık kutusu içeren bir yer olan Light Lounge'da kendisini rahatlatıyor. Kış depresyonu, yılın o zamanında insanların maruz kaldığı ışık miktarındaki azalmaya ve buna eşlik eden melatonin hormonu salgılarındaki değişime bağlanmıştır.

*bozukluk* olarak adlandırılan, belirti şiddetinin düşük olduğu ve işlevselliği daha az bozan belirtilere sahiptir.

Depresif bozukluklardan üçüncüsü, âdet görmeden önceki hafta boyunca süren klinik açıdan belirgin depresif belirtiler ve ilişkili semptomları tekrarlı şekilde deneyimleyen kadınlara verilen bir teşhis olan **âdet öncesi disforik bozukluk**tur. Bu tanının DSM-5'e dâhil edilmesi oldukça tartışmalıdır. Birçok klinisyen, bu kategorinin cinsiyetçi olarak değerlendirilebileceğine ve kadınlar arasında yaygın ve normal olan adet öncesi rahatsızlıklar olan şiddetli âdet öncesi sendrom (PMS) vakalarını "patolojikleştirdiğine" inanmaktadır.

Yine bir başka tür depresif bozukluk, *yıkıcı duygu düzenleme bozukluğu* olarak adlandırılır ve kalıcı depresif belirtiler ile tekrarlayan şiddetli öfke patlamalarının bileşimiyle tanımlanır. Bu bozukluk, çocukluğun ortalarında veya ergenlik döneminde ortaya çıkar ve bu nedenle Bölüm 14'te ele alınmaktadır.

## Stres ve Tek Uçlu Depresyon

Tek uçlu depresyon dönemleri, bir kişinin hayatındaki stresli olaylarla tetikleniyor gibi görünmektedir (Krishnan, 2017; Shin ve diğ., 2017). Aslında araştırmacılar, tüm şiddetli depresif depresif dönemlerin yüzde 80'inin, önemli bir olumsuz yaşam olayı sonrasındaki bir veya iki ay içinde ortaya çıktığını bulmuşlardır (Hammen, 2016). Stresli yaşam olayları diğer psikolojik bozuklukların öncesinde de sıklıkla görülmekle birlikte depresif kişiler bu tür olayları diğerlerinden daha fazla rapor etmektedir.

Bazı klinisyenler, stresli yaşam olaylarından sonra ortaya çıkan *reaktif (dış kaynaklı) depresyonu*, içsel faktörlerin bir sonucu gibi görünen *endojen depresyon*dan ayırmanın önemli olduğunu düşünmektedir. Ancak bir depresyonun reaktif olup olmadığı kesin olarak bilinebilir mi? Stresli yaşam olayı depresyonun başlangıcından önce gerçekleşmiş olsa bile bu durum reaktif bir depresyon olmayabilir. Her iki olay benzer zamana denk gelmiş olabilir. Dahası günümüz klinisyenleri, herhangi bir tek uçlu depresyon vakasında hem içsel hem de durumsal boyutları birlikte ele alma eğilimindedir.

**Sizce stresli yaşam olayları ya da dönemleri neden depresif veya olumsuz duyguları tetikleyebilir?**

## Tek Uçlu Depresyonun Biyolojik Modeli

Tıp araştırmacıları yıllardan beri belirli hastalık ve ilaçların duygu durum değişiklikleri yaratabildiğinin farkındalar. Peki, tek uçlu depresyonun kendisi biyolojik nedenlere sahip olabilir mi? Genetik faktörler, biyokimyasal faktörler, beyin devreleri ve bağışıklık sistemi çalışmaları, çoğunlukla bunu doğrulamaktadır.

**Genetik Faktörler** Soyağacı, ikiz ve gen çalışmaları, bazı kişilerin tek uçlu depresyona yatkınlığı miras aldıklarını öne sürüyor. *Aile soyağacı araştırmaları*, tek uçlu depresyonu olan kişilerin akrabalarını inceler ve depresyonun ailenin diğer üyelerini de etkileyip etkilemediğini inceler. Tek uçlu depresyona yatkınlık kalıtsal ise depresyonu olduğu belirlenen kişinin akrabalarında depresyon görülme oranının, genel popülasyondan daha yüksek olması gerekir. Araştırmacılar da depresyonda olan kişinin akrabalarında bu oranın %30 kadar olduğunu, (Sonraki sayfada **Tablo 6-2**'ye bakınız.) bu oranın genel nüfusta %10'dan daha az olduğunu bulmuşlardır (Levinson & Nichols, 2014).

Tek uçlu depresyona yatkınlık kalıtsal ise depresyondaki kişilerin özellikle yakın akrabaları arasında çok sayıda depreson vakası görmeyi bekleyebilirsiniz. İkiz çalışmaları bu beklentiyi desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinden birinde tek uçlu depresyon varsa diğer ikizde de aynı bozuklun görülme veya yaşamının herhangi bir aşamasında ortaya çıkma olasılığı %38'dir. Buna karşılık, bir ayrı yumurta ikizinde tek uçlu depresyon olduğunda diğer ikizin bu bozukluğa sahip olma olasılığı yalnızca %20'dir (Krishnan, 2017; McGuffin ve diğ., 1996).

**TABLO: 6-1**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Majör Depresif Epizot**

1. İki hafta boyunca günün çoğunda süren depresif duygu durumda artış ve/veya günün büyük kısmında önceden keyif alınan aktivitelere yönelik ilginin azalması.
2. Aynı iki hafta süresince, aşağıdaki belirtilerden en az 3 ya da 4 tanesinin eşlik etmesi: • Önemli ölçüde kilo kaybı ya da iştahta azalma • Uykusuzluk ya da aşırı uyuma • Ajitasyon ya da motor aktivitenin yavaşlaması • Yorgunluk ya da uyuşukluk • Değersizlik ve kendini suçlama hisleri • Dikkatte azalma ve karar vermekte güçlük • Tekrarlı şekilde ölüm ve intihar düşünceleriyle uğraşı, intihar planı ya da girişiminin varlığı.
3. Önemli ölçüde sıkıntı ve işlevsellikte bozulma.

**Majör Depresif Bozukluk**

1. Majör depresif epizodun varlığı
2. Mani veya hipomani döneminin olmaması

**Kalıcı Depresif Bozukluk**

1. Kişi majör ya da orta şiddetli depresyon belirtilerini en az iki yıl boyunca yaşar.
2. Bu iki yıl boyunca belirtiler, iki aydan daha uzun bir süre ortadan kaybolmaz..
3. Mani ya da hipomani öyküsü yoktur.
4. Önemli ölçüde sıkıntı ve işlevsellikte bozulma.

Bilgi kaynağı: APA, 2013

TABLO: 6-2

## Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluğu Karşılaştırma

| Majör Depresif Dönem | Bir Yıllık Yaygınlık (Oran) | Kadın-Erkek Oranı | Tipik Başlangıç Yaşı (Yıl) | Birinci Derece Akrabalardaki Yaygınlığı | Tedaviye Erişim Oranı |
|---|---|---|---|---|---|
| Majör depresif bozukluk | 8 | 2:1 | 18-29 | Artmış | 50 |
| Kalıcı depresif bozukluk (distimiyle birlikte) | 1.5–5.0 | Between 3:2 and 2:1 | 10-25 | Artmış | 62 |
| Bipolar I bozukluğu | 1.6 | 1:1 | 15-44 | Artmış | 49 |
| Bipolar II bozukluğu | 1.0 | 1:1 | 15-44 | Artmış | 49 |
| Siklotimik bozukluk | 0.4 | 1:1 | 15-25 | Artmış | bilinmiyor |

Bilgi: Bressart, 2018; Stovall, 2018; Krishnan, 2017; NIMH, 2017; WHO, 2017; Stovall, 2016; Weissman vd., 2016; Kessler vd., 2012, 2010; Wang vd., 2005.

### #DünyadakiSayı

Dünya genelinde 300 milyondan fazla kişi depresyondan muzdariptir (WHO, 2017).

Son olarak günümüz bilim insanlarının genleri doğrudan tanımlamalarına ve belirli gen anormalliklerinin depresyonla ilişkili olup olmadığını belirlemelerine yardımcı olacak moleküler biyoloji teknikleri kullanılmaktadır. Bu tür teknikleri kullanan araştırmacılar, tek uçlu depresyonun kromozom 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22 ve X kromozomlarındaki genlere ilişkili olabileceğine dair kanıtlar buldular (Naoi ve diğ., 2018; Wang ve diğ., 2018). Örneğin bir dizi araştırmacı, depresyonda olan kişilerin sıklıkla serotoninin nörotransmitter aktivitesinden sorumlu olan kromozom 17'de bulunan bir gen olan 5-HTT geninde bir anormallik olduğunu bulmuştur. Bir sonraki bölümde okuyacağınız gibi beynin belirli bölgelerindeki düşük serotonin aktivitesi depresyonla yakından bağlantılıdır.

**Biyokimyasal Faktörler** İki nörotransmiter kimyasal olan **norepinefrin** ve **serotoninin** düşük aktivitesinin, tek uçlu depresyonla arasında güçlü bir ilişki vardır. 1950'lerde bu ilişkiye işaret eden birkaç kanıt ortaya kondu. İlk olarak, tıp araştırmacıları, yüksek tansiyon için kullanılan bazı ilaçların sıklıkla depresyona neden olduğunu keşfettiler (Ayd, 1956). Sonradan anlaşıldığı üzere bu ilaçlardan bazıları norepinefrin aktivitesini düşürürken, diğerleri serotonini düşürmekteydi. İkinci bir kanıt, gerçekten etkili olan ilk antidepresan ilaçların keşfiydi. Bu ilaçlar tesadüfen keşfedilmiş olsa da araştırmacılar, ilaçların depresyonu hafifletirken aynı zamanda norepinefrin ve/veya serotonin aktivitesinde artış meydana getirdiğini kısa sürede keşfettiler.

Yıllarca norepinefrin veya serotonin aktivitesindeki düşüklüğün doğrudan depresyona yol açtığı düşünülse de günümüzde kuramcılar bu kimyasallar ve depresyon arasında daha karmaşık bir ilişki olduğuna inanıyorlar (Krishnan, 2017). Araştırmalar, tek bir nörotransmitterin tek başına olan aktivitesindense serotonin ve norepinefrin arasındaki veya bu ikisi ile beyindeki diğer nörotransmitterler arasındaki etkileşimlerin daha etkili olduğunu göstermektedir. Ek olarak birazdan okuyacağınız gibi bir dizi çalışma, bu nörotransmitter aktivitelerinin beyinde bulunan depresyonla ilgili bir devrenin işlevlerinin bozulmasına işaret edebileceği ya da buna yol açabileceği ve oluşan bu etkinin, depresyonun esas kaynağı olabileceğini ileri sürmektedir.

Biyolojik faktörleri araştıranlar ayrıca başka bir kimyasal grubu olan vücudun hormonlarının da depresyonla bağlantılı olduğunu fark ettiler. Bölüm 5'te okuduğunuz gibi, yaşamdaki stresörlerle karşılaştığımızda beynimiz, beyin ve beden olmak üzere iki stres yolunu harekete geçirir. Bu yollardan biri olan *hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA)* yol, nihayetinde vücudun çeşitli yerlerinde hormonların salınmasını sağlar ve bu hormonlar çeşitli organları harekete geçirerek geçici olarak yüksek düzeyde uyarılma yaşamamıza neden olur (bk. sayfa 142). Travma sonrası stres bozukluğu ve bazı kaygı bozukluklarına sahip kişilerde HHA yolunun, bir stresörle karşılaşıldığında *aşırı tepki* verdiğini hatırlayabilirsiniz. Araştırmalar, depresyondaki kişilerin HHA yolunun stres karşısında aşırı tepkisel olduğunu, stresli zamanlarda

**norepinefrin** Anormal seyri, özellikle depresyon ve panik bozuklukla ilişkilendirilen bir nörotransmitter.

**serotonin** Anormal seyri, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilen bir nörotransmitterdir.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## En Mutlu Anlardaki Hüzün

Kadınlar genellikle bir çocuğun doğumunun mutlu bir deneyim olmasını bekler. Ancak yeni doğum yapmış annelerin en az yüzde 10'u için doğumdan sonraki haftalar ve aylarda klinik depresyon riski artar (Kendig ve ark., 2017; Koet ark., 2017). Halk arasında doğum sonrası depresyonu (postpartum depresyon) olarak da adlandırılan bu durum, tipik olarak bir çocuğun doğumundan sonraki dört hafta içinde, çoğu vakada belirtiler aslında hamilelik sırasında başlar (APA, 2013). Bu bozukluk, basit bir "annelik hüznü"nden çok daha şiddetlidir. Bölüm 12'de incelenen bir sorun olan doğum sonrası psikozu gibi diğer doğum sonrası sendromlardan da farklıdır.

"Annelik hüznü" o kadar yaygındır ki kadınların yüzde 80'i bunu yaşar ve çoğu araştırmacı için bu durum normal kabul edilir. Yeni anne olan kişiler, yeni bir bebeğin gelişine eşlik eden uykusuz geceler, duyguların karmaşıklaşması ve diğer streslerle başa çıkmaya çalışırken, ağlama nöbetleri, yorgunluk, kaygı, uykusuzluk ve üzüntü yaşayabilirler (Lewis ve ark., 2018; Enatescu ve ark., 2014). Bu belirtiler genellikle günler veya haftalar içinde kaybolur (Viguera, 2016).

Doğum sonrası depresyonunda ise depresif belirtiler devam eder ve bir yıl veya daha fazla sürebilir. Belirtiler arasında aşırı üzüntü, umutsuzluk, ağlamaklı olma, uykusuzluk, kaygı, istem dışı düşünceler, kompulsiyonlar, panik ataklar, baş edememe hissi ve intihar düşünceleri yer almaktadır (Shi ve ark. 2018). Bunun sonucunda anne-bebek ilişkisi ile çocuğun psikolojik ve fiziksel sağlığı zarar görebilir (Jacques ve diğerleri, 2019; Weissman, 2018). Doğum sonrası depresyon epizodu geçiren kadınların sonraki doğumlarda tekrar depresyon yaşama ihtimalleri yüzde 25 ila 50'dir (Kendig ve ark., 2017).



Lucas Oleniuk/Getty Images

**Doğum sonrası depresyonunu atlatmak** Spin eğitmeni Anouk Malavoy, bebeğiyle bir spor salonunda egzersiz yapıyor. Malavoy, *Toronto Star* adlı bir dergide egzersizin bazı kadınlarda doğum sonrası depresyonu önlemede veya bununla mücadele etmede oynayabileceği rol hakkında köşe yazıları yazdı.

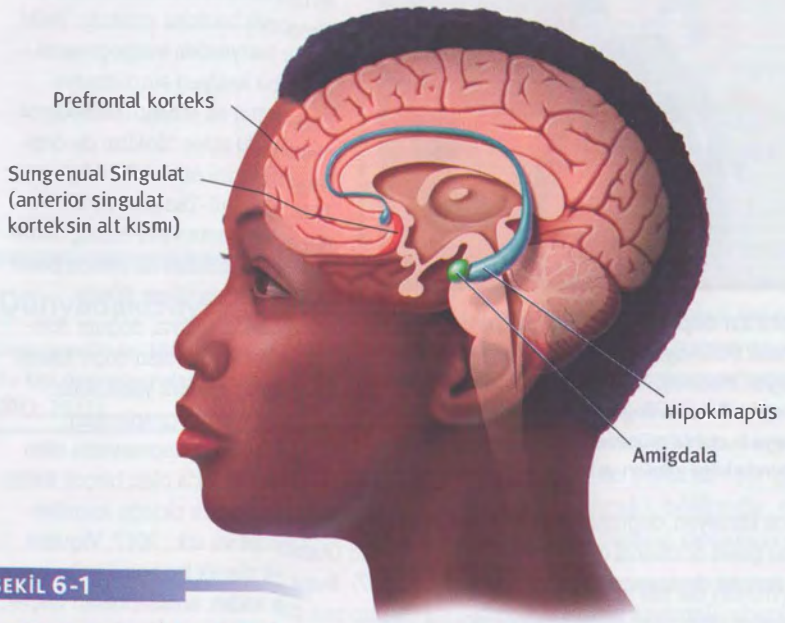
Birçok klinisyen, doğumla birlikte meydana gelen hormonal değişikliklerin doğum sonrası depresyonu tetiklediğine inanmaktadır. Hamilelik sırasında normalin 50 katına kadar yükselen östrojen ve progesteron seviyeleri, doğumla birlikte hızla normalin çok altına düştüğü için tüm kadınlar doğumdan sonra bir tür hormonal "çekilme" yaşarlar (Horowitz ve ark., 2005, 1995). Belki de bazı kadınlar bu dramatik hormon değişikliklerinden daha fazla etkilenmektedir (Viguera, 2016; Mehta ve ark., 2014). Diğer teorisyenler, bazı kadınların doğum sonrası depresyon için genetik yatkınlığa sahip olabileceğini öne sürmektedir (McEvoy, 2017). Ailesinde duygu durum bozukluğu öyküsü olan bir kadın, daha önce duygu durum bozukluğu yaşamamış olsa bile yüksek risk altında görünmektedir (Kendig ve ark., 2017; Viguera, 2016).

Aynı zamanda psikolojik ve sosyokültürel faktörler de bu bozuklukta önemli rol oynayabilir. Bir bebeğin doğumu muazzam bir psikolojik ve sosyal değişime yol açar. Bir kadın evlilik ilişkisinde, günlük rutinlerinde ve sosyal rollerinde belirgin değişikliklerle karşı karşıya kalır. Uyku ve gevşeme sürelerinin azalması muhtemeldir ve ekonomik baskılar artabilir. Belki de bir kariyerden vazgeçmenin ya da bir kariyeri sürdürmeye çalışmanın ek stresini hissediyor olabilir. Bu stres birikimi de depresyon riskini artırabilir (Viguera, 2016; Kendall-Tackett, 2010). Bebekleri hasta veya mizaç olarak "zor" olan anneler de ayrıca baskı altında olabilir (Badr, 2018).

Neyse ki tedavi, doğum sonrası depresyonu olan çoğu kadın için büyük bir fark yaratabilir. Kendine yardım gruplarının, doğum sonrası depresyonu olan veya risk altında olan birçok kadın için son derece yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Ashfordet ve ark., 2017; Viguera, 2017). Buna ek olarak bu bozukluğa sahip pek çok kadın, antidepresan ilaçlar, bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi veya bu yaklaşımların kombinasyonu gibi diğer depresyon türlerine uygulanan tedavi yaklaşımlarına iyi yanıt verir (Viguera, 2017; Kim ve diğerleri, 2014). Tedaviden fayda görebilecek pek çok kadın, sevindirici olması gereken bir zamanda üzgün oldukları için duydukları utanç ve yargılanmaktan endişe duydukları için yardım aramamaktadır (Bina ve Glasser, 2017; Kendig ve ark., 2017). Bu kişiler, eşleri ve aile bireylerine yönelik kapsamlı bir eğitim verilmesi gerekmektedir. Bir çocuğun doğumu gibi olumlu olaylar bile kişinin yaşamına büyük değişiklikler getiriyorsa stresli olabilir. Bu tür duyguları tanımak ve ele almak herkesin yararınadır.

kortizol ve ilgili diğer hormonların fazla salınımına neden olduğunu gösteriyor (Geerlings & Gerritsen, 2017). Stresli olayların sıklıkla depresyonu tetiklediği düşünülürse bu ilişki o kadar da şaşırtıcı değil. Bir kez daha belirtmek gerekirse depresif kişilerde bulunan HHA'nın aşırı tepkiselliği ve yüksek hormon aktivitesinin, beyindeki *depresyonla ilişkili devre*deki, yani bir sonraki bakacağımız biyolojik odaktaki, işlev bozukluğuna işaret etmesi ya da bu tür bir bozukluğa yol açması muhtemeldir.

**Beyin Devresi** Önceki bölümlerde okuduğunuz gibi biyolojik araştırmacılar, çeşitli türden duygusal tepkilerin birlikte çalışan, birbirlerini harekete geçiren ve belirli bir tür duygusal veya davranışsal tepki üreten beyin yapılarının beyin devrelerine bağlı olduğunu belirlediler. İşlevlerinin bozulması tek uçlu depresyona katkıda bulunan bir beyin devresi ön plana çıkmaya başlamıştır (Schmitgen ve ark. 2019; Newman ve ark. 2017). Bir dizi beyin görüntüleme çalışması, diğer yapıların yanı sıra *prefrontal korteks, hipokampus, amigdala* ve *subgenual singulat* (ayrıca Brodmann Alanı 25 olarak da adlandırılır) dahil olmak üzere bu depresyonla ilişkili beyin devresinin muhtemel üyeleri olan birkaç beyin yapısına işaret etmektedir (bk. Şekil 6-1). Sizin de fark etmiş olabileceğiniz gibi bu devrede yer alan bazı yapılar, aynı zamanda belirli anksiyete bozukluklarına ve TSSB'ye katkıda bulunan beyin devrelerinin de üyeleridir. Bununla birlikte beynin ön singulat korteksinin bir alt bölgesi olan subgenual singulat, depresyonla ilişkili devrenin belirgin bir parçasıdır. Gerçekten de bazı teorisyenler, bu özel yapıdaki işlev bozukluğunun depresyona en önemli katkıyı sağlayabileceğine inanmaktadır.




ŞEKİL 6-1

**Depresyonun biyolojisi**

Araştırmacılar, tek uçlu depresyonla ilişkili olan beyin devresinin, diğer yapıların yanı sıra prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve subgenual singulatı içerdiğine inanıyor.

Söz ettiğimiz diğer beyin devrelerinden farklı olarak depresyonla ilişkili beyin devresinin işlevindeki bozulmaları, "aşırı aktivite" veya "düşük aktivite" gibi genel terimlerle açıklanamamaktadır. Fakat depresyonu olan kişilerde bu devrenin anormal şekilde çalıştığına dair birçok gösterge vardır. Araştırmalar depresif insanlarda beyin aktivitesi ve kan akışının, prefrontal korteksin belirli bölümlerinde beklenmedik düzeyde düşük ve diğer bölümlerinde beklenmedik derecede yüksek olduğunu gösteriyor. Ayrıca bu kişilerde hipokampusün küçük ve yeni nöron üretiminin düşük olduğu, amigdalada aktivite ve kan akışının yüksek, subgenual singulatın özellikle küçük ve aktiftir olduğu ve ara bağlantı olarak adlandırılan bu çeşitli yapılar arasındaki iletişimin genellikle sorunlu olduğunu göstermektedir (Walsh ve diğerleri, 2019; Newman ve diğerleri, 2017; Pizzagalli, 2017).

Çalışmalar, olağan koşullar altında depresyonu olmayan kişilerde serotonin ve norepinefrinin bu beyin devresinde hem bol hem de aktif olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte depresif insanlar arasında bu devredeki serotonin ve norepinefrin aktivitesinin diğer insanlardan belirgin şekilde daha düşük olduğu görülmektedir (Avraham ve diğerleri, 2017; James ve diğerleri, 2017). Daha önce değindiğimiz ve depresyonu bu nörotransmitterlerin genel olarak düşük aktivitesiyle ilişkilendiren tüm araştırmalar göz önüne alındığında bu şaşırtıcı değil. İlgili beyin devresindeki bu nörotransmitterlerin anormal aktivitesi, devrenin çeşitli yapıları içindeki veya arasındaki işlev bozukluğunun bir sonucu olabilir veya alternatif olarak bu işlev bozukluğunun temelini oluşturuyor olabilir. Her iki ihtimalden hangisinin depresyon için doğru olduğu henüz net değil.

**Bağışıklık Sistemi** Bölüm 8'de göreceğiniz gibi *bağışıklık sistemi;* vücudun bakteri, virüs ve diğer yabancı istilacılarla savaşan faaliyetler ve hücreler ağıdır. İnsanlar bir süre yoğun stres altında olduklarında bağışıklık sistemleri düzensizleşebilir. Bu da *lenfosit* adı verilen önemli beyaz kan hücrelerinin daha yavaş çalışmasına, vücutta yayılarak inflamasyon ve çeşitli hastalıklara yol açan bir protein olan *C-reaktif protein* (CRP) üretiminin artmasına neden olabilir. inflamasyon ve çeşitli hastalıklar (bk. sayfa 256-257). Bazı araştırmacılar arasında bu tür bağışıklık sistemi düzensizliklerinin depresyonu ortaya çıkartabildiğine dair artan bir inanç vardır (Anderson, 2018; Faugere ve diğerleri, 2018).

**MAO inhibitörü** Monoamin oksidaz enziminin etkisini önleyen bir antidepresan ilaç.

**Tek Uçlu Depresyonun Biyolojik Tedavileri Nelerdir?** Biyolojik tedavi genellikle *antidepresan ilaçlar* veya bitkisel takviyeler gibi popüler alternatifler anlamına gelse de (Bir sonraki sayfadaki ***Bilgi Merkezine*** bakın.) depresyonu ilaçlara, psikoterapiye veya benzerlerine yanıt vermeyen kişiler için bazen *beyin uyarımı* anlamına da gelebilir.




David Sipress The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Sıradaki şarkı, Celexa'yı kullanmaya başlamadan önce yazdığım aşk ve acı hakkında hüzünlü küçük bir blues olacak."*

**ANTİDEPRESAN İLAÇLAR** 1950'lerde keşfedilen iki tür ilaç, depresyon belirtileri üzerinde etkilidir: *monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri* ve *trisiklikler*. Yıllar içinde bu ilaçlara üçüncü bir grup olan, *ikinci kuşak antidepresanlar* katılmıştır (bk. **Tablo 6-3**).

**MAO inhibitörleri**nin tek uçlu depresyon tedavisindeki etkinliği tesadüfen keşfedildi. Doktorlar, tüberkülozlu hastalar üzerinde denenen bir ilaç olan *iproniazid*in ilginç bir etkisi olduğunu fark etti: hastaları daha mutlu hissettiriyor gibi görünmekteydi (Sandler, 1990). Depresyon hastalarında denendiğinde de aynı etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Kline, 1958; Loomer, Saunders ve Kline, 1957). Bu ve bunun gibi birkaç ilacın biyokimyasal olarak ortak noktası, vücudun *monoamin oksidaz (MAO) enzimi* üretimini yavaşlatmalarıydı. Bu nedenle MAO inhibitörleri olarak adlandırıldılar.

Normalde MAO enziminin beyin kaynakları, serotonin ve norepinefrin nörotransmitterlerini parçalamakta veya bozmaktadır. MAO inhibitörleri, MAO'nun bu aktiviteyi gerçekleştirmesini engeller ve böylece serotonin ve norepinefrin yıkımını durdurur (Naoi ve diğerleri, 2018). Sonuç olarak bu nörotransmitterlerin aktivite seviyelerinde bir artış olur ve buna bağlı olarak depresif belirtiler azalır. Tedavi olarak MAO inhibitörleri kullanan depresif hastaların yaklaşık yarısı, bu tedaviden fayda görmektedir (Hirsch & Birnbaum, 2017; Ciraulo ve diğerleri, 2011). Bununla birlikte bu ilaçlarla ilgili potansiyel bir tehlike vardır. MAO inhibitörlerini kullanan kişiler, peynir, muz ve belirli şaraplar gibi yaygın yiyecekler de dâhil olmak üzere tiramin içeren yiyecekleri yediklerinde kan basıncı tehlikeli bir şekilde yükselir. Bu nedenle bu ilaçları kullanan kişiler katı bir diyete bağlı kalmalıdır.

**TABLO: 6-3**

## Tek Uçlu Depresyon Üzerinde Etkili Olan Bazı İlaçlar

| Monoamin Oksidaz İnhibitörleri | | Trisiklikler | | İkinci Nesil Antidepresanlar | |
|---|---|---|---|---|---|
| Genel/Jenerik İsim | *Ticari İsim* | Genel/Jenerik İsim | *Ticari İsim* | Genel/Jenerik İsim | *Ticari İsim* |
| Iscarboxazid | *Marplan* | Imipramine | *Tofranil* | Trazodone | *Desyrel* |
| Phenelzine | *Nardil* | Amitriptyline | *Elavil* | Fluoxetine | *Prozac* |
| Tranylcypromine | *Parnate* | Doxepin | *Sinequan; Silenor* | Sertraline | *Zoloft* |
| Selegilin | *Eldepryl* | Trimipramine | *Surmontil* | Paroxetine | *Paxil* |
| | | Desipramine | *Norpramin* | Venlafaxine | *Effexor* |
| | | Nortriptyline | *Aventil, Pamelor* | Bupropion | *Wellbutrin* |
| | | Protriptyline | *Vivactil* | Citalopram | *Celexa* |
| | | Clomipramine | *Anafranil* | Escitalopram | *Lexapro* |
| | | Amoxapine | *Asendin* | Duloxetine | *Cymbalta* |
| | | Mirtazapine | *Remeron* | Desvenlafaxine | *Pristiq* |
| | | | | Atomoxetine | *Strattera* |

# EGZERSİZ VE BESLENME TAKVİYESİ

"Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT)", geleneksel Batı tedavilerinin dışında kalan müdahaleler için kullanılan popüler bir terimdir. En yaygın TAT müdahalelerinden ikisi fiziksel egzersiz ve diyet takviyeleridir (nutrasötikler-destekleyici gıdalar olarak da bilinir). Depresyon, bu yaklaşımların en sık kullanıldığı psikolojik sorundur ve araştırmalar, her birinin tek başına uygulanmak yerine özellikle psikoterapi veya ilaç tedavisine entegre edildiğinde, hafif veya orta derecedeki depresif kişilerin ruh hallerini iyileştirmeye gerçekten yardımcı olabileceğini göstermektedir (Jabr, 2017). ; Remick ve diğerleri, 2017; Schuch ve diğerleri, 2017).

## EGZERSİZ, DEPRESYONU AZALTIR...

- Depresyonla ilişkili beyin devrelerinde, beyin-vücut stres yollarında ve nörotransmiter aktivitesinde olumlu değişiklikleri tetiklemek
- Bağışıklığı desteklemek
- Kendine güveni artırmak
- Sosyal etkileşimler oluşturmak
- Bilişsel işlevleri geliştirmek
- Uykuyu iyileştirmek
- Mutsuz düşüncelerden uzaklaştırmak
- Benlik saygısını artırmak

(Busch et al., 2017; Davenport, 2017; Hallgren et al., 2017; Jabr, 2017; Levine, 2017; Sadeghi et al., 2017; Sharma et al., 2006)

## DEPRESYON İÇİN EN İYİ EGZERSİZLER

Depresyon için en çok önerilen egzersiz, oksijen alımını artıran ve kalp atışını hızlandıran aerobiktir. Tüm aerobik egzersileri depresyon için eşit derecede etkilidir (Jabr, 2017; Levine, 2017).

## EGZERSİZE KARŞIN ÖNDE GELEN TEDAVİLER




| No treatment or exercise | Exercise alone | Antidepressants alone **or** Psychotherapy alone | Antidepressants + exercise **or** Psychotherapy + exercise |
|---|---|---|---|

(Netz, 2017; Meyer, 2016; Sadeghi et al., 2016)



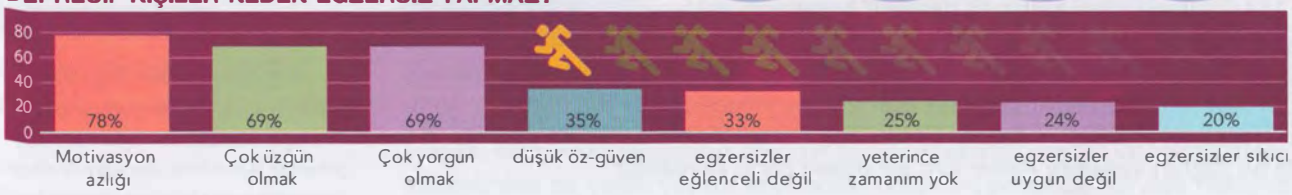

(Busch et al., 2017; Levine, 2017; Overdorf et al., 2016; Sharma et al., 2006)

## EN İYİ SONUCU ALMAK İÇİN DEPRESİF KİŞİLER

- Haftada en az 5 gün
- Her gün en az 30 dakika
- Orta veya yüksek tempoda
- Tek başına ya da grupla
- Eğitmen eşiliğinde
- Klinisyenleriyle iş birliği kurarak egzersiz yapmalılar

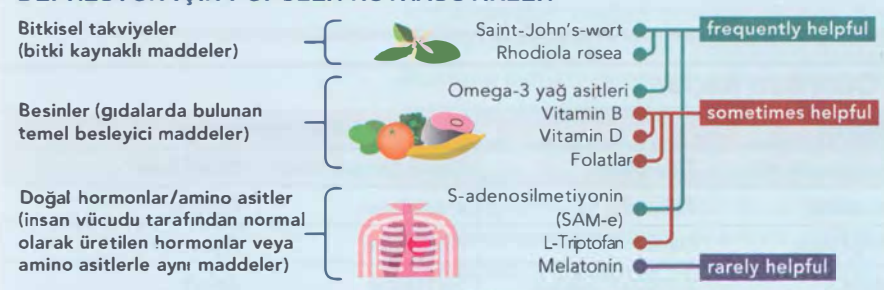
(Hallgren ve diğ., 2017; Jain, 2017; Levine, 2017; Remick ve diğ., 2017; Thompson, 2017; Overdorf ve diğ., 2016; Stubbs ve diğ., 2016)

## DEPRESİF KİŞİLER NEDEN EGZERSİZ YAPMAZ?




(Busch et al., 2017)

## DEPRESYON İÇİN POPÜLER NUTRASÖTİKLER




(Lee & Bae, 2017; PMH, 2017; Qureshi & Al-Bedah, 2013; Howland, 2012; Lakhan & Vieira, 2008)

### Depresif kişiler nutrasötikleri kullanıyorlar çünkü...

- Geleneksel tedaviler onlara yardımcı olmuyor
- Antidepresan ilaçların yan etkileri var
- Geleneksel tedavilere erişmeye güçleri yetmiyor
- Modern ilaçları sevmiyorlar
- Daha doğal tedavileri tercih ediyorlar

(Jain, 2017; Qureshi & Al-Bedah, 2013)

## NUTRACEUTICAL USE IS . . .




(Lee & Bae, 2017; Qureshi & Al-Bedah, 2013)

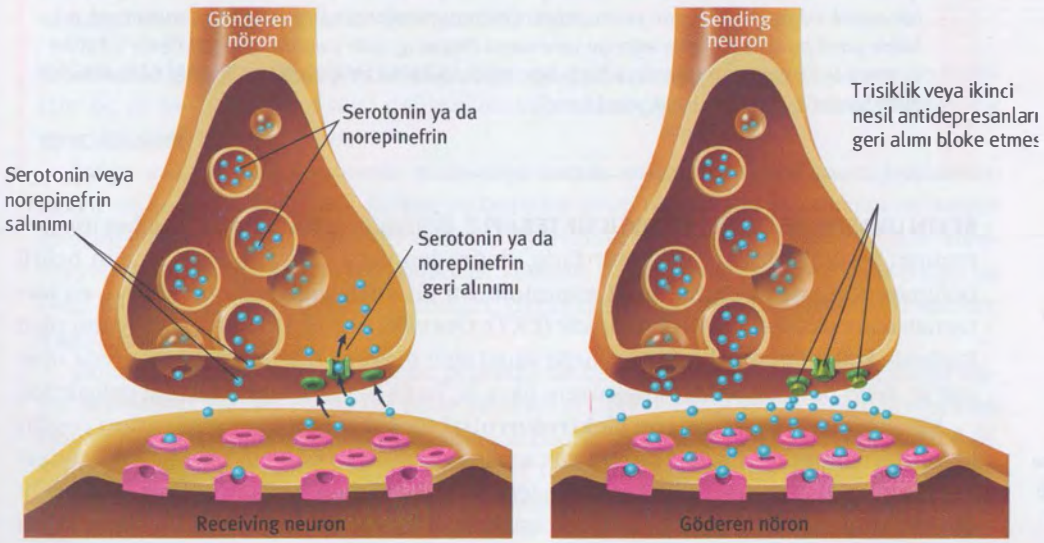
**Trisikliklerin** 1950'lerde keşfedilmesi de tesadüfen olmuştu. Şizofreniyi tedavi edebilecek yeni bir ilaç üzerinde çalışan araştırmacılar, *imipramin* adı verilen bir ilaç üzerinde bazı testler yürüttüler (Kuhn, 1958). Çalışmalarında, imipraminin şizofreni tedavisinde hiçbir fayda göstermediğini ancak tek uçlu depresyon vakalarının çoğunda bir rahatlama sağladığını fark ettiler. Bu yeni ilaç (Tofranil ticari ismiyle) ve benzerleri, üç halkalı bir moleküler yapıya sahip oldukları için trisiklik antidepresanlar olarak adlandırılmaya başlandı.

**trisiklik** İmipramin gibi moleküler yapısı üç halkalı olan bir antidepresan ilaç

Yapılan yüzlerce çalışmada, trisiklik antidepresan kullanan depresif hastalarda iyileşme sinyallerinin görülebilmesi için en az 10 gündür ilacın kullanılıyor olması gerekliliğine rağmen benzer belirtiler taşıyan ancak plasebo grubunda yer alan hastalara göre belirgin gelişim gözlenmiştir (Hirsch & Birnbaum, 2017). Trisiklik antidepresan kullananların yaklaşık yüzde 50 ya da yüzde 60'ı ilaçtan fayda görmektedir (Simon & Ciechanowski, 2017). Yine de bu ilaçları kullanan kişiler, iyileşmeye başladıktan hemen sonra ilaçlarını almayı bırakırsa depresyonun tekrarlama riski yüksektir. Nitekim belirtilerinde iyileşme gözlenmesine rağmen ilacı kısa sürede bırakanların yaklaşık yarısında, bir yıl içinde bozukluk tekrar görülmektedir (Jarret & Vittengl, 2016). Sonuç olarak çoğu klinisyen belirtiler ortadan kalktıktan sonra en az beş ay daha ilaç kullanmaya devam ettiriyor, ilaç kullanım süresindeki bu uzatma "devam tedavisi" ya da "sürdürme tedavisi" olarak adlandırılmaktadır. Araştırmalar, bu yaklaşımın nüks oranlarını azalttığını göstermektedir (Jarret & Vittengl, 2016).

Pek çok araştırmacı, tirisikliklerin depresyonu azaltmada işe yaramasının bir yolunun, anahtar roldeki nöronların *nörotransmitter "geri alım" mekanizmasına* etki etmesi olduğu sonucuna varmaktadır (Hirsch & Birnbaum, 2017). 2. Bölüm'ü hatırlayın, beyindeki mesajlar "gönderen" nöronun sonundan salınan kimyasal bir madde olan nörotransmitter aracılığıyla sinaptik boşluktan geçerek "alıcı" nörona taşınmaktadır. Ancak bu süreçte bir karışıklık var. Gönderilen nörondan, nörotransmiterler salınırken bir yandan da nöronun ucundaki pompa gibi bir mekanizma onu geri emmek için hemen çalışmaya başlar, bu işlem *geri alım* olarak adlandırılır. Bu geri alım işleminin amacı, nörotransmiterin sinaptik boşukta ne kadar süre kalacağını sınırlandırmak ve alıcı nöronun aşırı uyarılmasını önlemektir. Ne yazık ki geri alım süreci her zaman beklendiği şekilde ilerlemez. Özellikle depresif kişilerdeki nöronların geri alım mekanizmaları serotonin ya da norefinefrin kullanan *nöronlarda çok güçlüdür*; bu durum nörotransmiterlerin sinaptik boşluktaki aktivitesini çok erken keser, mesajların alıcı nöronlara ulaşmasını engeller ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yardımcı olur. Trisiklikler, aşırı güçlü olan geri alım sürecini engelleyerek (*bloklar*), seratonin ve norepinefrinin sinapsta daha uzun süre kalmasına izin vererek alıcı nöronun uyarımını artırır (bk. **Şekil 6-2**).

Yakın dönemli çalışmalar, pek çok depresif kişi için bir kez bu geri alım mekanizması düzeldiğinde seratonin ve norepinefrin aktivitesinin depresyonla ilişkili beyin devrelerinde daha yumuşak ve uygun hâle geldiğini desteklemektedir (Rolls, 2017).




**ŞEKİL 6-2**

**Geri alım ve antidepresanlar**

(Solda) Bir nöron, serotonin veya norepinefrin gibi bir nörotransmiteri sinaptik boşluğa saldıktan hemen sonra fazla olan nörotransmiterlerin geri emilimi için bir pompa gibi nörondaki geri alım mekanizması çalışmaya başlar (sağda). Trisiklikler ve ikinci nesil antidepresan ilaçların çoğu geri alım sürecini bloke eder, norepinefrin ya da serotoninin sinapsta kalmasını ve alıcı nörona bağlanmasını mümkün kılar.



Topham/The Image Works

**Çiçeğin gücü** *Saint-John's*-wort olarak da bilinen sarı kantaron, bir antidepresan ilaç değil, doğada yabani olarak yetişen alçak boylu bir çalıdır. Şimdilerde sağlık ürünleri arasında çok satılanlar kategorisinde yer almakta olup hafif ve orta şiddetli depresyon vakalarında oldukça yardımcı olabileceği araştırmalarca ortaya konulmuştur.

Buna bağlı olarak o devrede yer alan yapılar arasındaki etkileşim daha düzenli ve işlevsel bir hâle gelir (James ve diğ., 2017). Bu tür biyolojik düzelmeler olduğunda da depresyon pek çok kişi için hafifler.

MAO ve trisikliklerden yapısal olarak farklılaşan etkili antidepresan ilaçlardan üçüncüsü, otuz yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. İkinci nesil bu antidepresanların çoğu, **seçici serotonin geri alım inhibitörleri (selective serotonin reuptake inhibitors / SSRIs)** adlandırılmaktadır. Bu şekilde adlandırılmasında, norepinefrin ya da diğer nörotransmiterler haricinde, özel olarak serotonin aktivitesini artırmaktadır. SSRI'lar *fluoksetin* (ticari ismi Prozac), *sertralin* (Zoloft) ve *essitalopram*ı (Lexapro) içermektedir. Diğer ikinci nesil antidepresanlar sadece norepinefrini artıran *seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri* (*atomoksetin* ya da Strattera gibi) ve hem serotonin hem de norepinefrin aktivitesini artıran *serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri*dir (*venlafaksin* veya Effexor gibi).

Etkililikleri ve ekti hızları açısından ikinci nesil antidepresanlar, trisikliklerle eşit olsalar da satışları çok daha fazladır (Hirsch & Birnbaum, 2017; Simon, 2017). Aynı anda bir veya en fazla iki nörotransmitere etki ettikleri için MAO ya da trisiklikler kadar yan etki oluşturmamaları bunun başlıca sebebidir. Aynı zamanda bu görece daha yeni antidepresanlar tek başlarına da önemli yan etkiler oluşturabilmektedir. Örneğin bazı insanlarda kilo almaya, uykulu hissetmeye, cinsel istekte azalmaya yol açabilmektedir (Simon & Ciechanowski, 2017).

Antidepresanlar son derece popüler olsa da herkes için işe yarar olmadıklarını akılda bulundurmak gerekir. Okumuş olduğunuz gibi içlerinden en etkili olanları bile depresyondaki kişilerin yüzde kırkına yardım etmede *başarısız* olmaktadır. Aslında yakın dönemde yapılan gözden geçirme çalışmaları başarısızlık oranlarının daha fazla olabileceğine dair kuvvetli olasılığı vurgulamaktadır (Deacon & Spielmans, 2017; Turner ve diğ., 2008). Peki, antidepresanlara olumlu yanıt vermeyen depresif danışanlar nasıl tedavi edilmektedir? Araştırmalara göre bu kişilere psikiyatristleri ya da aile hekimleri tarafından psikoterapi ya da bir çeşit danışmanlığa yönlendirilmeden genellikle sadece başka bir antidepresan ya da birden fazla ilacın kombinasyonu reçete edilmektedir (Rush, 2018). Yıllarca süren psikotrop ilaç kullanımı başarısızlıkla sonuçlanan ve depresyonda olan Melissa, şöyle ifade ediyor:

Antidepresan ilaçlar bu kadar etkiliyse, neden birçok insan hâlâ depresyon için sarı kantaron veya melatonin gibi bitkisel maddelerle tedavi arayışında?

> *Özlem dolu bir sesle Melissa, tedavisinin nasıl daha farklı olmasını istediğini anlattı: "Geçmişte (16 yaşımdayken) gerçekten uzman birisiyle konuşabilseydim ve sağlıklı bir insan olabilmem için kendi başıma neler yapabileceğimi öğrenmeme yardım etmiş olsalardı nasıl olurdu gerçekten merak ediyorum... Bunun yerine senin nörotransmiterlerinle ilgili böyle bir sorunun var, o hâlde şimdi bu Zoloft'u iç ve eğer işe yaramazsa Prozac iç, o da yaramadıysa şu Effexor'u kullan ve sonra uyku sorunları yaşamaya başladığımda bu uyku ilacını iç dediler." Sesi her zamankinden daha hüzünlü: "İlaçlardan çok yoruldum."*
>
> *(Whitaker, 2010)*

**BEYİN UYARIMI: ELOKTROKONVULSİF TERAPİ** 2. Bölüm'de okuduğunuz gibi **beyin uyarımı**nın biyolojik tedavilerden bir farkı, doğrudan veya dolaylı olarak beynin belirli bölümlerinin uyarılmasına işaret etmesidir. Bu tür yaklaşımlardan en eski ve en tartışmalı *olanı eloktrokonvulsif terapidir (EKT)*. Öncelikli olarak şiddetli depresyonu olan kişilerde kullanılmaktadır. Son yıllarda *vagal sinir uyarımı, transkraniyal manyetik uyarım* ve *derin beyin uyarımı* olmak üzere ilave üç farklı beyin uyarımı tekniği geliştirildi.

Klinisyenlerin ve hastaların **elektroknvulsif terapiye (EKT)** dair görüşleri çeşitlilik göstermektedir. Bazıları bunun çok az risk barındıran güvenli bir biyolojik tedavi yaklaşımı olduğunu düşünürken diğerleri ise hafıza kaybı hatta nörolojik hasar gibi önemli olumsuzluklara yol açabilecek aşırı bir müdahale olduğuna inanmaktadır. Bu

**seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs)** Diğer nörotransmiterleri etkilemeden özellikle serotonin aktivitesini artıran, ikinci nesil antidepresan ilaçlardandır.

**beyin uyarımı** beynin belirli bölümlerini doğrudan ya da dolaylı olarak uyarıldığı biyolojik tedavilerdir.

**elektrokonvulsif terapi (EKT)** Hastanın kafasına elektrotlar bağlanarak, beyne elektrik sinyallerinin yollandığı, böylece konvülsüyona neden olunan depresyona yönelik bir tedavi.

**vagal sinir uyarımı** Yerleştirilen bir aparatla, bir kişinin vagus sinirine düzenli elektrik sinyalleri gönderdiği ve bu sinirin daha sonra beyni uyardığı, bir depresyon tedavisidir.

sıcak tartışmalar rağmen EKT, sıkça ve yaygın olarak kullanılmaktadır çünkü tek uçlu depresyon için çok etkili ve hızlı sonuç veren bir müdahale olabilmektedir.

Bir EKT prosedüründe hastanın kafasına iki elektrot takılır ve beyne yarım saniye veya daha kısa süreyle 65 ila 140 volt elektrik verilir. Bu, beyinde 15 ila 70 saniye süren bir *nöbet*le sonuçlanır (Kellner, 2018). 2 ila 4 hafta arasında yapılan, toplamda 6 ila 12 uygulamadan sonra çoğu hasta kendisini daha az depresif hisseder (van Dierman ve diğ., 2018).

Elektrik şokunun tedavi edici olabileceği de tesadüfen keşfedildi. 1930'larda klinik araştırmacılar, beyin nöbetlerinin veya bunlara eşlik eden *konvulsiyonların* (şiddetli vücut spazmları nöbeti), şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları iyileştirebileceğine inanmaya başladılar. İlk tekniklerden biri hastalara *metrazol* ilacı vermekti. Diğeri ise onlara yüksek dozlarda insülin (*insülin koması tedavisi*) vermekti. Bu prosedürler istenen beyin nöbetlerini ortaya çıkardı ancak her biri oldukça tehlikeliydi hatta bazen ölüme neden oluyordu. Sonunda Ugo Cerletti adında bir İtalyan psikiyatrist, bir hastanın kafasına elektrik akımı uygulayarak daha güvenli bir şekilde nöbet üretebileceğini keşfetti.


Will McIntyre/Science Source

**Günümüzde EKT** İlk kez kullanıldığı dönemlere göre EKT'nin bugünkü uygulamaları önemli ölçüde değişti. Günümüzde, hastaların uygulama sırasınca uyumalarını sağlayacak ilaçlar, bedenin şiddetle kasılmasını önleyebilmek amacıyla kas gevşeticiler ve beyni herhangi bir hasardan korumak amacıyla oksijen verilmektedir.

EKT kısa sürede popüler oldu ve yeni bulunan tekniklerde sıklıkla yapıldığı gibi çok çeşitli psikolojik problemlerde de denendi. Özellikle şiddetli depresyondaki etkililiği ortaya çıktı (Rothschild, 2017). EKT'nin ilk yıllarında, bazen hastalardaki şiddetli kasılmalar sonucunda kemiklerin kırılması, çene veya omuz çıkıkları gibi sorunlar meydana gelmiştir. Günümüz pratisyenleri, konvülsiyonları en aza indirmek için hastalara güçlü kas gevşeticiler vererek bu sorunları ortadan kaldırmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca işlem sırasında hastaları uyutmak için *anestezikler (barbitüratlar)* kullanarak hastaların korkularını azaltırlar.

EKT alan hastalar tipik olarak bazı olayları, çoğunlukla da tedavilerinden hemen önce ve sonra meydana gelen olayları hatırlamakta güçlük çekerler (Kellner, 2018; Martin ve diğ., 2015). Çoğu durumda bu hafıza kaybı birkaç ay içinde düzelir (Bodnar ve diğ., 2016) ancak bazı hastalarda uzun süreli bellekte boşluklar kalır ve bu amnezi kalıcı olabilir (Hanna ve diğ., 2009; Wang, 2007).

EKT'nin neden bu kadar işe yaradığını belirlemek zor olsa da tek uçlu depresyonun tedavisinde etkili olduğu bir gerçektir (Wang ve diğ., 2018). Çalışmalar, EKT uygulanan hastaların yüzde 50 ila 80'inin düzeldiğini göstermiştir (Kellner, 2018; Perugi ve diğ., 2011). Bu yöntem, süregiden antidepresan tedavisi veya periyodik EKT seansları gibi devam veya sürdürüm tedavilerini takip eden hastalarda özellikle etkilidir (Kellner, 2018). EKT ayrıca sanrıları içeren ağır depresyon vakalarında da oldukça etkili görünmektedir (Rothschild, 2017).

**DİĞER BEYİN UYARIM YÖNTEMLERİ** Son on yılda depresif bozuklukların tedavisi için üç ek beyin uyarımı türü geliştirildi: *vagal sinir uyarımı, transkraniyal manyetik uyarım* ve *derin beyin uyarımı*.

İnsan vücudundaki en uzun sinir olan vagus siniri beyinden çıkar, boyundan göğse ve karına doğru uzar. Birkaç yıl önce bir grup depresyon araştırmacısı, vagus sinirini elektriksel olarak uyararak beyni uyarabileceklerini düşündü. EKT'nin istenmeyen etkileri veya travmatik deneyim yönünü yaşatmadan onun olumlu etkilerini elde edebilmeyi umuyorlardı. Çabaları, depresyon için yeni bir tedaviyi doğurdu: **vagal sinir uyarımı**.

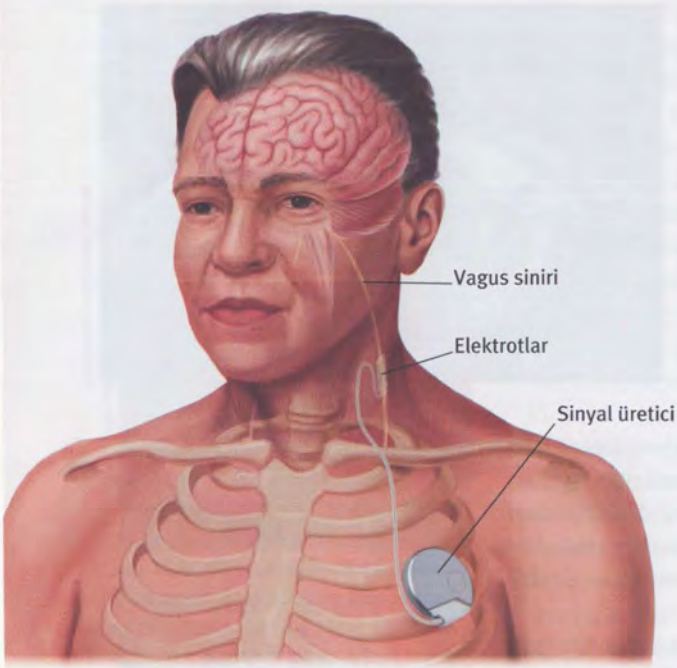
Bölüm 2'de okuduğunuz gibi bu prosedürde bir cerrah göğüs derisinin altına sinyal üreteci adı verilen küçük bir cihaz yerleştirir. Cerrah daha sonra sinyal üreteciden boyna kadar uzanan ve onu vagus sinirine bağlayan bir teli yerleştirir (bk. Şekil 6-3). Sinyal üretecinden gelen elektrik sinyalleri, tel aracılığıyla vagus sinirine gider. Uyarılan vagus siniri daha sonra beyne elektrik sinyalleri gönderir. Sinyal üreteci tipik

#

## #TıbbiBağ

| | |
|---|---|
| %50 | Felçli kişilerde klinik depresyonu oranı |
| %30 | Kanser hastalarında depresyon oranı |
| %20 | Kalp krizi geçiren kişilerin depresif olma oranı |
| %18 | Depresif olan diyabetliler |

(Caruso ve diğ.,2018; NCI, 2017; Williams ve Nieuwsma, 2016; Udesky, 2014; Kerber ve diğ., 2011)




ŞEKİL 6-3

**Vagal Sinir Uyarımı**

Vagal sinir uyarımı adı verilen prosedürde yerleştirilen bir sinyal üreteci, vagus sinirine elektrik sinyalleri gönderir ve daha sonra elektrik sinyallerini beyne iletir. Beynin bu uyarımı birçok hastada depresyonu azaltmaya yardımcı olur.

olarak her beş dakikada bir vagus sinirine (ve sırayla beyne) 30 saniyelik uyarım sağlayacak şekilde programlanmıştır.

Araştırmalar, vagal sinir uyarımının önemli ölçüde rahatlama sağlayabileceğini göstermektedir (Aaronson ve diğ., 2017). Aslında araştırmalar, başka herhangi bir tedaviye yanıt vermeyen ciddi düzeyde depresif kişilerin önemli bir bölümünün bu prosedürle tedavi edildiğinde önemli ölçüde iyileşebileceğini ortaya koymaktadır (Holtzheimer, 2018; Howland, 2014).

Transkraniyal manyetik uyarım (TMS), depresif hastaları EKT'nin istenmeyen etkilerine veya travmasına maruz bırakmadan beyni uyarmaya çalışmak için kullanılan bir başka tekniktir. Bu prosedürde klinisyen, hastanın kafasının üzerine veya tepesine bir elektromanyetik bobin yerleştirir. Bobin prefrontal kortekse bir akım gönderir. Hatırlayacağınız gibi depresif insanların prefrontal korteksinin bazı bölümleri daha az aktifti. TMS, bu yapıdaki nöron aktivitesini artırıyor ve buna karşılık, beynin depresyonla ilgili devresinin geri kalanındaki işlevselliği geliştiriyor gibi görünmekte (Holtzheimer, 2017). Bir dizi çalışma, bu prosedürün 4 ila 6 hafta boyunca günlük olarak uygulandığı zaman depresyonu azalttığını bulmuştur (Iimori ve diğ., 2019; van den Noort, 2018).

Okuduğunuz gibi, yaklaşık on yıl önce, araştırmacılar depresyonla ilişkili beyin devresinin önemli bir üyesi olan subgenual singulattaki yüksek aktivite ile depresyon arasında bağlantı kurdular. Bu bulgu, nörolog Helen Mayberg ve meslektaşlarını (2005), daha önce hiçbir tedaviye yanıt vermeyen altı ağır depresyonlu hastaya **derin beyin uyarımı (DBS)** adı verilen deneysel bir tedavi uygulamaya yöneltti. Mayberg ekibi, hastanın kafatasına iki küçük delik açtı ve subgenual singulata elektrotlar yerleştirdi. Elektrotlar, hastanın göğsüne (erkekler için) veya midesine (kadınlar için) yerleştirilen bir pile veya "kalp piline" bağlandı. Kalp pili elektrotlara güç vererek beyin yapısına sabit, düşük voltajlı elektrik akımı gönderdi. Mayberg'in beklentisi, bu tekrarlanan uyarımın yapıdaki aktiviteyi normal bir düzeye getireceği ve depresyonla ilişkili beyin devresinin "yeniden düzenlenmesine" yardımcı olacağıydı.

DBS'ye ilişkin bu ilk çalışmada, şiddetli depresyondaki altı hastadan dördü birkaç ay Şiddetli depresyonu olan diğer bireylerle yapılan sonraki araştırmalar da umut



Florence Low/Sacramento Bee/MCT via Getty Images

**Beyni uyarma** Transkraniyal manyetik uyarımın bu versiyonunda, bir kadın elektromanyetik bobin içeren bir başlık takıyor. Bobin, içeriye akım gönderir ve beynini uyarır.

verici bulgular ortaya koymuştur (Holtzheimer, 2018; Riva-Posse ve diğ., 2018). Bu çalışmanın klinik alanda yarattığı coşku çok anlaşılır olsa da DBS ile ilgili araştırmaların hâlen erken bir dönemde olduğunu kabul etmek önemlidir.

## Tek Uçlu Depresyonun Psikolojik Modelleri

Tek uçlu depresyon için en yaygın olarak uygulanan psikolojik açıklamaların başında psikodinamik model ve bilişsel davranışçı model yer almaktadır. Psikodinamik model araştırmalar tarafından kuvvetle desteklenmese de, bilişsel davranışçı model önemli ölçüde desteklenmiş ve geniş bir takipçi kitlesi kazanmıştır.

### Psikodinamik Model

Sigmund Freud (1917) ve öğrencisi Karl Abraham (1916, 1911) depresyonun ilk psikodinamik açıklamasını geliştirmiştir. Bağımlılık ve kayba yaptıkları vurgunun, bugünkü psikodinamik yönelimli klinisyenler üzerindeki etkisi halen sürmektedir.

**PSİKODİNAMİK AÇIKLAMALAR** Freud ve Abraham, sevdikleri bir kişiyi kaybeden kişilerin yaşadıkları yas ile depresyon arasındaki benzerliğe dikkat çekmekle işe başladılar: sürekli ağlama, iştahsızlık, uyumada güçlük, hayattan zevk almama genel bir içe çekilme. Kuramcılara göre sevilen bir kişi öldüğünde bilinç dışı bir dizi süreç harekete geçer. Kaybın kabullenemeyen yaslı kişi, gelişimsel evrelerden olan ve bebeğin kendisi ve ebeveynlerini ayrıştıramadığı tümüyle bağımlı bir periyod olan *oral döneme* gerilerler. Bu gerileme ile yas tutan kişi, kaybedilen kişi ile özdeşleşir ve böylece kaybedilen kişi sembolik olarak geri kazanılmış olur. Kaybettikleri kişiye karşı olan tüm duygularını, buna üzüntü ve öfke de dâhil, kendilerine yöneltirler. *İçe atım* olarak adlandırılan bu tepki pek çok kişi için geçicidir. Ancak özellikle bebeklikte ya da erken çocuklukta bağımlılığa dair çeşitli gereksinimleri uygun şekilde karşılanmamış olan kişiler için yas zaman içerisinde daha da derinleşir ve klinik depresyon gelişir (Gipps, 2017; Bemporad, 1992).

Tabii ki depresyonda olan herkes, bir yakınını kaybetmiş değil. Bu durum için Freud, diğer yaşam olaylarının sevilen bir kişinin kaybına denk olarak görüldüğü **sembolik** ya da **hayalî kayıp** kavramını önerdi. Örneğin ailesinin kendisini ancak başarılı olduğunda seveceğine inanan bir üniversite öğrencisi, matematik dersindeki başarısızlığını, ebeveynlerinin kaybı gibi deneyimleyebilir.

Çoğu psikodinamik teorisyen Freud ve Abraham'ın depresyon teorisinden uzaklaşmış olsa da güncel psikodinamik yaklaşımı halen etkilemeye devam etmektedir (Gabbard & DeJean, 2018; Gipps, 2017). Örneğin *nesne ilişkileri kuramcıları* (ilişkileri vurgulayan psikodinamik teorisyenler) ise depresyonun insanlarla ilişkilerde, özellikle de erken dönem ilişkilerinde, kendilerini korumasız, güvensiz ve başkalarına bağımlı hissetmelerinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürer.

Depresif yakınmaları olan orta yaşlı bir kadının terapisti tarafından yapılan aşağıdaki açıklama, psikodinamik bağımlılık, sevilen birinin kaybı, sembolik kayıp ve içe yansıtma kavramlarını göstermektedir:

> *Marie Carls... kendini annesine her zaman çok bağlı hissetmişti... Onu mümkün olan her şekilde memnun etmek için onun taşkınlıklarını [duygularını] hep yatıştırmaya çalıştı...*
>
> *[Julius ile] evlendikten sonra da boyun eğmeyi ve itaat etmeyi sürdürdü. Evlenmeden önce taşkın bir anneye uymakta zorluk yaşıyordu ve evlendikten sonra da teslimiyetçi bir rol üstlenmesi neredeyse farz olmuştu...*
>
> *Otuz yaşındayken... [Marie] ve kocası, bekâr olan Ignatius'u gelip kendileriyle yaşaması için davet ettiler. Ignatius ve [Marie] kısa süre sonra birbirlerine karşı bir çekim hissetmeye başladılar. İkisi de bu duyguyla savaşmaya çalıştı ancak Julius birkaç günlüğüne şehir dışına çıkmak zorunda kaldığında bu sözde kara sevdadan çok daha fazlası oldu. Biraz fiziksel temas vardı... Yoğun duygusal yakınlık... Birkaç ay sonra hepsi şehri terk etmek zorunda kaldı... İletişimi sürdürmek için hiçbir şey yapılmadı. İki yıl sonra... Marie, Ignatius'un evlendiğini duydu. Kendini çok yalnız ve umutsuz hissediyordu.*

*(devamı bir sonraki sayfada)*

**transkraniyal manyetik uyarım (TMS)** Hastanın başının tepesine veya üstüne yerleştirilen bir elektromanyetik bobinin kişinin beynine akım gönderdiği bir tedavidir.

**derin beyin uyarımı (DBS)** Bir kalp pilinin, subgenual singulata yerleştirilmiş elektrotlara güç verdiği ve böylece o beyin bölgesini uyardığı bir depresyon tedavisi.

**sembolik kayıp** Freudyen teoriye göre, bilinç dışında sevilen birinin kaybı olarak yorumlanan, değerli bir nesnenin kaybı (örneğin iş kaybı). Hayalî kayıp olarak da adlandırılır.

### #Tartışmalı Değişim

DSM'nin geçmiş baskılarında bir yakınlarını kaybeden kişiler, yas sürecindeki ilk 2 ayda majör depresif bozukluk tanısının dışında tutulurdu. Ancak DSM-5'e göre yakınlarını yeni kaybetmiş kişiler, depresif belirtileri yeterince şiddetliyse bu tanı kapsamında değerlendirilebilirler. Eleştirmenler, normal bir yas tepkisi yaşayan birçok insana artık yanlış bir şekilde majör depresif bozukluk tanısı koyulabileceğinden korkuyor.



Spencer Platt/Getty Images

**Erken kayıp** Erken kayıp 11 Eylül 2001'de, New York'ta Dünya Ticaret Merkezi'ne düzenlenen terör saldırısında öldürülen bir kadın polis memurunun küçük kızı, olayın beşinci yıl dönümünde Ground Zero'da yapılan törende saldırı kurbanlarının isimleri okunurken babasının elinden tutarak sahnede duruyor. Araştırmalar, çocukken ebeveynlerini kaybeden kişilerin, yetişkin olduklarında depresyon yaşama olasılığının arttığını bulmuştur.

> *Yaşlılığın yaklaşmakta olduğuna ve tüm şansını kaybettiğine [inanmaya başladıkça] acısı daha şiddetli hâle geldi. Ignatius, kaybedilen fırsatların hatırası olarak kaldı... Uyum ve itaat dolu yaşamı, amacına ulaşmasına izin vermemişti... Bu fikirlerin farkına vardığında daha da depresif hissetti...Hayatında inşa ettiği her şeyin yanlış olduğunu ya da yanlış bir önermeye dayandığını hissetti.*
>
> *(Arieti & Bemporad, 1978, s. 275–284)*

Çalışmalar büyük kayıpların, özellikle de yaşamın erken dönemlerinde yaşananların, ilerleyen dönemlerdeki depresyona zemin hazırlayabileceğine dair psikodinamik görüşü genel olarak desteklemektedir (Cheong ve diğ., 2017; Krishnan, 2017). Örneğin bir çalışmada binlerce yetişkine tanısal bir anket uygulandığında babası kendileri çocukken ölen bireylerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Jacobs & Bovasso, 2009). İlgili araştırmalar, çocukluk ihtiyaçları karşılanmayan kişilerin özellikle kayıp yaşadıktan sonra depresyona girme olasılıklarının yüksek olduğunu vurgulayan psikodinamik görüşü desteklemektedir (Conradi ve diğ., 2018; Paterniti ve diğ., 2017). Aynı zamanda araştırmalar, kayıp veya sorunlu erken dönem ilişkilerin, her koşulda depresyonun temel nedeni olabileceği görüşünü desteklememektedir. Gerçekte, hayatında büyük kayıplar yaşayan insanların yüzde 10'undan daha azının gerçekten depresyona girdiği tahmin edilmektedir (Hammen, 2016; Sandler ve diğ., 2008). Ayrıca kayıp-depresyon bağlantısına yönelik araştırmaların bulguları çelişkilidir. Bazı araştırmalar çocuklukta yaşanan kayıp deneyimi ile ilerleyen yaşlardaki depresyon arasında bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulsa da diğerleri için bu geçerli değildir.

**TEK UÇLU DEPRESYONA YÖNELİK PSİKODİNAMİK TEDAVİLER NELERDİR?** Tek uçlu depresyonun, diğer insanlara karşı aşırı bağlılıkla birleşen, gerçek veya hayali kayıplarla ilgili bilinç dışı kederden kaynaklandığına inanan psikodinamik terapistler, danışanların altta yatan bu sorunları bilinç düzeyine getirmelerine ve bunları çözmelerine yardımcı olmaya çalışırlar (Ribeiro, Ribeiro ve von Doellinger, 2018; Busch ve diğ., 2004). Temel psikodinamik prosedürlerin cephaneliğini kullanarak depresyondaki danışanı terapi sırasında özgürce ilişki kurmaya teşvik eder; danışanın çağrışımları, rüyaları, direnç ve aktarımları hakkında yorumlar yapar; kişinin geçmiş olayları ve duyguları gözden geçirmesine yardımcı olurlar. Örneğin bir kişinin terapistine göre serbest çağrışım, o kişinin depresyonuna zemin hazırlayan erken dönem kayıp deneyimlerini hatırlamasına yardımcı oldu:

> *En eski anıları arasında belki de en eskisi, tren rayları üzerinde tekerlekli bebek arabasında olduğu ve orada yalnız bırakıldığını hatırladığı andı. Analiz sırasında canlı bir şekilde tekrarlanan bir başka anı ise beş yaş civarında geçirdiği bir ameliyattı. Ona anestezi verilmişti ve annesi, onu doktorla yalnız bırakmıştı. Kendisini terk ettiği için ona nasıl tekme ve çığlık attığını hatırladı.*
>
> *(Lorand, 1968, s. 325–326)*

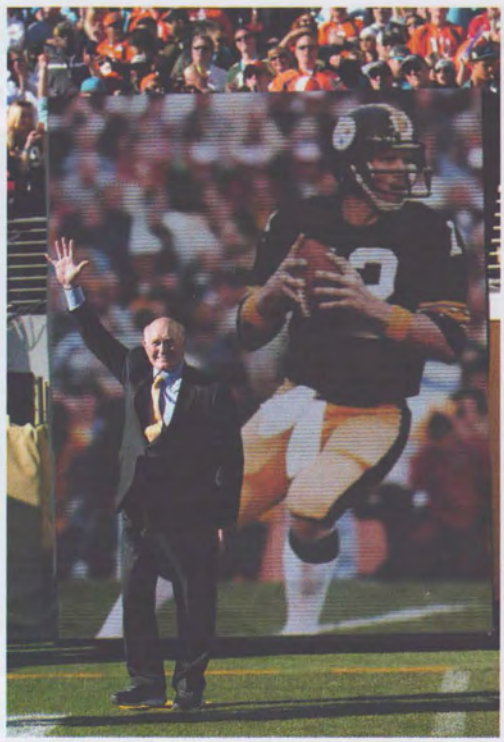
Bu tür başarılı vaka sunumlarına rağmen araştırmacılar uzun süreli psikodinamik terapinin tek uçlu depresyon vakalarında nadiren işe yarar olduğunu bulmuşlardır (Prochaska & Norcross, 2018). Yaklaşımın iki özelliği, tedavi etkisini sınırlandırıyor olabilir. İlk olarak depresif danışanlar çok pasif ve terapideki derinlikli konuşmalara tam olarak kendilerini veremeyecek kadar çökkün olabilirler. İkincisi, bu uzun vadeli yaklaşım umutsuzca aradıkları hızlı rahatlamayı sağlayamadığında cesaretleri kırılabilir ve tedaviyi çok erken sonlandırabilirler. Kısa süreli psikodinamik terapiler, özellikle psikotrop ilaçlarla birleştirildiğinde uzun vadeli yaklaşımlardan daha iyi sonuçlar vermektedir (Goodyer ve diğ., 2017; Fonagy, 2015).

**Bilişsel-Davranışçı Model** Diğer psikolojik bozukluklarda olduğu gibi bilişsel-davranışçı teoriler, tek uçlu depresyonun sorunlu davranışlar ve işlevsel olmayan düşünme biçimlerinin birleşiminden kaynaklandığını ileri sürer. Bu teoriler üç gruba ayrılır: çoğunlukla davranışsal alana odaklanan açıklamalar, olumsuz düşünmeye

birincil önem verenler ve bilişsel ve davranışsal faktörler arasında karmaşık bir etkileşime sahip olanlar.

**DAVRANIŞSAL BOYUT** Klinik araştırmalar yapan Peter Lewinsohn, depresyon ile insanların hayatlarındaki ödül ceza miktarını ilişkilendiren ilk teorisyenlerden biridir (Lewinsohn ve diğ., 1990; 1984). Bazı insanlar için pozitif ödüllerin azaldığını ve bu durumun, o kişilerin yapıcı davranışları giderek daha az yapmalarına yol açtığını ileri sürmüştür. Örneğin genç bir kadın üniversiteden mezun olup iş hayatına başladığında kampüs yaşamının sağladığı ödüllerden mahrum kalmış olur; yaşlanan bir beyzbol oyuncusu, yetenekleri gerilemeye başladığından giderek daha az para kazanmaya ve daha az övgü almaya başlar. Pek çok kişi kendilerini tatmin edebilecek diğer şeylerle hayatlarını doldurmayı başarabilirken bazıları özellikle umutsuz olur. Hayatlarındaki pozitif yanlar daha çok azalır ve ödüllerdeki azalma, onları daha az yapıcı davranış sergilemeye yöneltir. Bu sayede depresyona doğru kayarlar.

Bir dizi araştırma, kişilerin hayattan aldıkları ödüllerin gerçekten de depresyonun varlığı ya da yokluğuyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Depresif kişiler sadece depresif olmayanlara göre daha az ödül deneyimi rapor etmiyor, aynı zamanda ödül deneyimleri arttıkça duygu durumlarında da iyileşme oluyor (Chan ve diğ., 2017; Nyström ve diğ., 2017). Benzer şekilde diğer araştırmalar da olumlu yaşam olayları ile yaşam doyumu ve mutluluk arasında kuvvetli ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur (He ve diğ., 2019; Sotgiu, 2016).


Patrick Smith/Getty Images

**Alkışlar kesildiğinde** Atletler ya da üstün başarılar sergileyen kişilerde emeklilikle birlikte deneyimlenen ödüllerin azalması, farklı tatmin yolları bulsalar bile depresyon riskini barındırır. Terry Bradshaw, profesyonel ligde (NFL) oyun kurucu olarak yer aldığı muhteşem ana dair fotoğrafının önünde durarak 50. final maçındaki (Super Bawl) 71.000 hayranına el sallıyor. Şimdilerde pazar günleri FOX NFL programında başarılı bir futbol analisti olarak çalışan Bradshaw, yetişkinlik hayatının önemli bir kısmını depresyonla mücadele ederek geçirdi ancak 1984 yılında emekli olduktan sonraki yıllarda daha yoğun bir depresif döneme girdi.

Lewinsohn ve diğer kuramcılar ayrıca *sosyal ödüllerin* depresyonun aşağı yönlü sarmalında özellikle önemli olduğunu öne sürmüşlerdir (Werner-Seidler ve diğ., 2017; Martell ve diğ., 2013). Bu iddiayı destekleyen araştırma sonuçları, depresif kişilerin depresif olmayanlara göre daha az sosyal ödül elde ettiklerini ve duygu durumları iyileştikçe sosyal ödüllerinin arttığını göstermektedir (bk. gelecek sayfadaki ***Akıl ve Teknoloji***). Depresif kişiler zaman zaman sosyal koşulların kurbanı olabilse de karamsar yanları ve künt tavırları sosyal ödüllere erişebilmelerinin engelliyor da olabilir (Hodgetts ve diğ., 2017; Hammen, 2016).

**NEGATİF DÜŞÜNME** Aaron Beck depresyonun altında negatif düşünmenin yattığına inanır (Beck & Weishaar, 2019; Beck, 2016, 2002, 1967). Beck'e göre *işlevsel olmayan tutumlar, bilişsel üçlü, düşünce hataları ve otomatik düşüncelerin* birleşimi, tek uçlu depresyonu ortaya çıkarır.

Beck bazı insanların çocukken *işlevsel olmayan tutumlar* geliştirdiğine inanır. Örneğin "Benim değerim, yaptığım işlere bağlıdır." ya da "Eğer başarısız olursam insanlar benden uzaklaşır." Bu tutumlar, kendi deneyimlerinin ve çevrelerindeki diğer insanların yargıları sonucunda oluşur. Dolu ve aktif olarak yaşanan bir hayatta pek çok başarısızlık yaşamamak imkânsızdır ve bu tür tutumlar hatalıdır ve pek çok negatif düşünce ve tepkiye zemin hazırlar. Bu düşünme biçiminin tipik olarak 3 türü vardır, bunlar **bilişsel üçlü** olarak adlandırılır. Bu kişiler (1) *deneyimleri*, (2) *kendileri* ve (3) *geleceği* sürekli olarak negatif bir biçimde yorumlar ve bu da depresif hissetmelerine neden olur. Bilişsel üçlü aşağıdaki kadının düşüncelerinde iş başında:

> *Buna dayanamıyorum. Ailesine bakamayan, gerçek bir eş ve anne olamayan ve toplum tarafından saygı görmeyen dünyadaki tek kadın olduğum gerçeğinin ağırlığına katlanamıyorum. Küçük oğlum Billy ile konuştuğumda onu hayal kırıklığına uğratmayacağımı biliyorum ama onunla ilgilenmek için kendimi çok yetersiz hissediyorum ve bu beni korkutuyor. Ne yapacağımı, nereye döneceğimi bilemiyorum; tüm bunlar beni kahrediyor. Tam bir beceriksizim. Dışarı çıkıp insanlarla tanışmak ve gerçeğin yüzüme vurulmasını sağlamak benim yapabileceğim bir şey değil.*
>
> *(Fieve, 1975)*

**bilişsel üçlü** Aaron Beck'in ortaya attığı negatif düşünme biçiminin üç formu, kişilerin depresif hissetmelerine yol açar. Bu üçlü, kişinin deneyimlerine, kendisine ve geleceğe yönelik negatif bakışla ilişkilidir.

Beck'e göre depresif kişilerin *düşünce süreçlerinde de hata* olabilir. Yaygın bir düşünce hatasında çok az kanıta dayanarak keyfî çıkarımlar yapabilir, olumsuz

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Mesajlaşma: İlişkiyi Güçlendirir mi?



Luis Acosta/Getty Images

Mesajlaşma artık insanların diğerleriyle iletişim kurmak için kullandıkları en yaygın yöntem hâline geldi. (Coyne, Padilla-Walker & Holmgren, 2018; Burke, 2016; Pew Araştırma Merkezi, 2015). Örneğin 18-24 yaş aralığındakiler bir günde ortalama 128 adet mesaj almakta ve göndermekte. Aslına araştırmalar insanların mesajlaşmalarla uğraşırken, gerçekte sürdürdükleri aktiviteye tam olarak katılmakta başarısız olduğunu göstermektedir. Bazı klinisyenler, aşırı mesajlaşmanın ilişkilerimize (hem mesajlaştığımız kişilerle olan hem de mesajlaşırken ihmal ettiğimiz kişilerle olan) zarar verebileceğinden endişelenmektedir.

MIT'de profesör olan Sherry Turkle'nin (2017, 2015, 2013) yaptığı çalışmalara göre ağırlıklı olarak mesajlaşma yoluyla iletişim kurmak, ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir. Katılımcılarının çoğu, "Mesajlaşmayı konuşmaya tercih ederim." şeklinde yanıtlar vermektedir. Turkle, insanların çoğu zaman mesajlaşmayı, doğrudan iletişimden ve olası yüzleşmelerden kaçınmak için bir koltuk değneği olarak kullandığını ileri sürüyor. Katılımcıları, mesajlaşmanın yüz yüze konuşmaya göre önemli ölçüde zaman kazandırdığını söylese de Turkle, "şahsen sohbet edemeyecek kadar meşgul olduklarını düşünen insanların, aksi takdirde yapacakları önemli duygusal bağlantıları kurmadıkları" sonucuna varıyor.

Bununla ilişkili bir çalışmada Karla Klein Murdock (2013), üniversite birinci sınıf öğrencisi olan 83 kişi ile yaptığı çalışmada sosyal ve kişisel stres, uyku alışkanlıkları ve mutluluklarıyla birlikte günlük mesajlaşma alışkanlıkları hakkında görüşmüştür. Görüşmelerinin sonucunda hızlıca yazılan mesajlar (aslında çoğu mesaj), sıklıkla gönderici ve alıcı arasındaki yanlış anlaşılmalara yol açabiliyor ve bu yanlış anlaşılmalar kolaylıkla kontrolden çıkabiliyor. Murdock ayrıca çalışmada yer alan pek çok katılımcının, devam eden yazışmalara ayak uydurma ihtiyacı hissettiklerini, bunun yüz yüze konuşmalarını böldüğünü ve bu ilişkilere de zarar vermeye zemin hazırladığını belirtmiştir. Günlük mesajlaşma ortalaması en yüksek olan katılımcıların diğer katılımcılardan daha fazla stres, mutsuzluk, kaygı ve uyku problemleri rapor etme olasılıklarının daha yüksek olması şaşırtıcı değil. Murdock, bu tür vakaların çoğunda mesajlaşmanın kişinin günlük hayattaki ilişkilerine olan olumsuz etkisinin, yaşadıkları stres ve mutsuzluk hislerini artırdığına inanıyor.

**Mesajlaşmanın bazen iletişim ve ilişkiler için yardımcı olduğu bir durum söyler misiniz?**

Bunların hiçbiri, mesajlaşmanın tek başına sosyal veya kişisel mutluluğa zarar verdiğini göstermez. Daha ziyade esas sorun olan şey, onun özellikle ve aşırı kullanımı gibi görünüyor. Genç yetişkinlerin yarısı, mesajlaşmanın diğer iletişim yolları kadar anlamlı olduğunu söylese de (Burke, 2016), sadece belki de gerçekten önemli tartışmalar yüz yüze veya en azından telefon görüşmesi yoluyla daha iyi bir şekilde yapılabilir.

sonuçlara varabilirler. Örneğin parkta yürüyen bir adam, yanındaki çiçeklere bakan bir kadını görüp "Benden gözlerini kaçırıyor." diye düşünebilir. Benzer olarak depresif bir kişi çoğu zaman pozitif deneyimlerin önemini küçümseyebilir ve negatif olanların önemini büyütebilir. Örneğin zor bir İngilizce sınavından A alan bir üniversite öğrencisi, aldığı notu kendi çabası ve başarısına değil, hocasının cömertliğine bağlayabilir (küçümseme). Aynı haftanın ilerleyen günlerinde aynı öğrenci bir İngilizce dersini kaçırabilir ve bunu, dönemi artık tamamlamasının mümkün olamayacağı şeklinde yorumlayabilir (abartma).

Sonuçta depresif kişiler, kendilerinin yetersiz olduklarını ve durumlarının umutsuz olduğunu düşündüren sürekli bir nahoş düşünceler silsilesi olarak tanımlanabilecek *otomatik düşüncelere* sahiptir. Beck bu düşünceleri "otomatik" olarak tanımlar

çünkü ortaya çıkmaları sanki bir refleksmiş gibi görünmektedir. Sadece birkaç saat içinde bile depresif insanların zihninden bu tür yüzlerce düşünce geçebilir. "Ben değersizim... Asla hiçbir yere gelemeyeceğim... Herkesi hayal kırıklığına uğrattım... Herkes benden nefret ediyor... Sorumluluklarım çok büyük... Ebeveyn olarak başarısız oldum... Ben aptalım... Benim için her şey zor... Hiçbir şey değişmeyecek..."

Pek çok araştırma sonucu Beck'in açıklamalarına kanıt sunmaktadır (Krishnan, 2017). Bunların birçoğu, depresif kişilerin işlevsel olmayan bazı tutumlara sahip olduğunu ve bu uyumsuz tutumlar ne kadar çok olursa o kadar depresif olma eğiliminde olduklarını doğrulamaktadır (Brouwer ve diğ., 2019; Beck, 2016). Bir dizi araştırma depresif kişilerde depresif üçlünün iş başında olduğunu ortaya koymuştur (Oltean ve diğ., 2018) ve yine diğerleri, Beck'in düşünce hataları hakkındaki iddialarını desteklemektedir (Özdel ve diğ., 2014).

Sonuç olarak araştırmalar, Beck'in otomatik düşüncelerin depresyona bağlı olduğu görüşünü desteklemektedir (Riley, Lee, & Safren, 2017; Wang ve diğ., 2016). Birkaç klasik çalışma, haberleri olmadan kendilerine dair negatif durumları okuma koşuluna maruz kalan depresif olmayan katılımcıların, giderek depresif hissetmeye başladıklarını göstermiştir (Bate ve diğ., 1999; Strickland ve diğ., 1975). Benzer bir dizi başka araştırma, depresif duygu durumları sırasında bu durumu değiştirmek için bir şey yapmadan, duygu durumları hakkında zihinsel olarak tekrarlı şekilde takılıp kalan kısacası ruminatif tepkileri olan kişilerin, daha uzun süre kederli hissettikleri ve bu tür ruminasyonlardan kaçınan kişilere kıyasla gelecekte depresyon yaşama ihtimallerinin arttığını ortaya koymuştur (Liu ve diğ., 2017; Watkins ve Nolen-Hoeksema, 2014).

**ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI BİR ETKİLEŞİM** Psikolog Martin Seligman'a (1975) göre çaresizlik duygusu depresyonun merkezindedir. 1960'ların ortalarından itibaren Seligman, depresyon için **öğrenilmiş çaresizlik** kuramını geliştirmiştir (Maier & Seligman, 2016). Bu kurama göre insanlar; (1) artık hayatlarındaki pekiştireçler (ödüller ve cezalar) üzerinde kontrolleri olmadığını ve (2) bu çaresiz durumdan kendilerinin sorumlu olduğunu düşündüklerinde depresyona girerler. Aşağıdaki açıklamada, genç kadının depresyonunu çaresizlik duyguları kaplıyor:

> *Mary yirmi beş yaşındaydı ve üniversitedeki son yılına yeni başlamıştı... Son zamanlarda hayatının nasıl gittiğini anlatması istendiğinde Mary ağlamaya başladı. Son bir yıldır hayatının kontrolünü kaybettiğini hissettiğini ve son zamanlarda yaşadığı streslerin (yeniden okula başlamak, erkek arkadaşıyla yaşadığı anlaşmazlık) kendisini değersiz ve korkmuş hissettirdiğini söyledi. Görmesinde ortaya çıkan kademeli bir bozulma nedeniyle artık bütün gün gözlük takmak zorundaydı. "Gözlükler beni korkunç gösteriyor." dedi ve "Artık insanların gözlerinin için bakmıyorum." diye ekledi. Mary'nin son bir yılda aldığı 20 kilo onu dehşete düşürüyor, kendini kilolu ve çekici olmayan biri olarak görüyordu. Bazen harcayacağı bir miktar para ile kontak lens almak gibi egzersiz yapmak için kendisine zaman ayırması ile de depresyondan kurtulabileceğine inanıyor bazen ise hiçbir şeyin yardımcı olmayacağına düşüncesine kapılıyordu... Mary, hayatının başka alanlarda da kötüye gittiğini düşündü... Okul işlerinden dolayı çok bunalmış hissediyordu ve hayatında ilk defa ihtar aldı... Görünüşünden duyduğu memnuniyetsizlik ve akademik açıdan başarısız olma korkusuna ek olarak Mary, arkadaşının olmamasından da yakınıyordu. Sosyal ağı, yalnızca zaten birlikte yaşadığı erkek arkadaşından oluşuyordu. Erkek arkadaşıyla ilişkisini neredeyse dayanılmaz derecede sinir bozucu bulduğu zamanlar olmasına rağmen bu durumu değiştirmek konusunda çaresiz hissediyordu ve ilişkinin geleceği konusunda karamsardı.*
>
> *(Spitzer et al., 1983, s. 122-123)*

Seligman, köpeklerin bir gün önceki düzenekte kaçmalarının mümkün olmadığı şoklara maruz kalmaları sonucunda, köpeklerin hayatlarındaki hoşa gitmeyen şeylerden (şoklar) kaçamayacaklarını öğrenmiş olduklarına karar vermişti. Yani olumsuz durumları değiştirmek için hiçbir şey yapamayacak kadar çaresiz olduklarını öğrenmişlerdi. Böylece daha sonra yeni bir duruma (mekik kutusu) yerleştirildiklerinde aslında kaderlerini değiştirebilecekleri hâlde çaresiz olduklarına inanmaya devam ettiler. Seligman, öğrenilmiş çaresizliğin belirtilerinin insanlardaki depresyon

## #ÖzlüSözler

"Hiç kimse sizin rızanız olmadan size kendinizi aşağılanmış hissettiremez."

Eleanor Roosevelt

**öğrenilmiş çaresizlik** Bir kişinin, geçmiş deneyimlerine dayalı olarak hayatındaki ödül ve cezalar üzerinde kontrolünün olmadığına dair algısı.



ŞEKİL 6-4

**Güvenli tarafa atlamak**

Deney hayvanları, bu düzenekte şok verilen kısmından şokun olmadığı (güvenli) tarafa atlayarak şoktan kaçmayı ya da kaçınmayı öğrenirler..

belirtilerine büyük ölçüde benzediğini vurgulamış ve insanların aslında, yaşamlarındaki pekiştireçler üzerinde hiçbir kontrollerinin olmadığına dair genel bir inanç geliştirdikten sonra depresyona girdiğini ve öne sürmüştür.

Çok sayıda insan ve hayvan deneyinde çaresizlik koşulunda yer alan katılımcılar, depresif belirtilere benzer tepkiler göstermiştir. Örneğin kontrol edilemeyen olumsuz olaylara maruz bırakılan katılımcıların, sonrasında uygulanan depresif duygu durum ölçeğinden aldıkları puanlar, diğerlerinden daha yüksektir. Benzer şekilde çaresizlik koşuluna maruz bırakılan hayvan denekler de insanlardaki depresyonun yaygın belirtileri arasında da yer alan cinsellik ve sosyal aktivitelere karşı ilgilerini kaybetmektelerdir (Smith ve diğ., 2017; Zhou ve diğ., 2017).

Depresyonun öğrenilmiş çaresizlik açıklaması son yıllarda biraz gözden geçirildi. Kuramın değiştirilmiş bir versiyonu olan *atıf-çaresizlik kuramına* göre insanlar, olayları kendi kontrollerinin dışında olarak gördüklerinde kendilerine bunun neden böyle olduğunu sorarlar (Rubenstein ve diğ., 2016; Abramson ve diğ., 2002, 1989, 1978). Mevcut kontrol eksikliğini hem *genel* hem de *kalıcı* olan *içsel bir nedene* bağlarlarsa ("Her şeyde yetersizim ve her zaman böyle olacağım") gelecekteki olası negatif durumları önleme konusunda çaresiz hissederler ve depresyona girebilirler. Ancak farklı türden atıflar yaparlarsa bu sonucun oluşması daha düşük bir ihtimal olacaktır.

Kız arkadaşı kendisinden ayrılan bir üniversite öğrencisini düşünün. Bu durumu genel ve kalıcı bir içsel nedene atfederse -"Bu benim suçum [içsel], dokunduğum şeyi mahvediyorum [genel] ve hep böyle olacak [kalıcı]"- gelecekteki benzer kontrol kayıplar konusunda beklentiye girmesi ve çaresizlik hissini sıkça deneyimlemesi için yeterince sebebi olacaktır. Çaresizlik kuramı bakış açısından bakıldığında bu kişi depresyon için başlıca adaydır. Eğer bu öğrenci bunun yerine ayrılığı daha *spesifik* ("Son birkaç haftadır sergilediğim davranış biçimi bu ilişkiyi mahvetti."), *değişken* ("Sanırım bana bir şeyler oldu- genellikle böyle davranmam.") veya *dışsal* ("Ne istediğini asla bilemedi.") sebeplere bağlasaydı tekrar kontrolünü kaybetmeye yönelik bir beklenti içine girmeyebilir ve muhtemelen çaresizlik ve depresyon yaşamazdı. Atıf stili, çaresizlik ve depresyon arasındaki bahsedilen bu ilişki, alan yazındaki yüzlerce çalışmayla desteklenmiştir (O'Sullivan ve diğ., 2018; Rotenberg ve diğ., 2012).

Bazı kuramcılar son yıllarda çaresizlik modelini bir kez daha gözden geçirmişlerdir. Bu gözden geçirmelerinde atıfların bir kişide ancak daha fazla *umutsuzluk* duygusuna yol açtığı zaman depresyona neden olabileceğini ileri sürmektedirler (Liu ve diğ., 2015; Abramson ve diğ., 2002, 1989). Klinisyenler bu faktörü göz önünde bulundurarak genellikle depresyonu yordama konusunda daha büyük bir hassasiyet gösterirler.

Tek uçlu depresyonun öğrenilmiş çaresizlik kuramı çok etkili olmasına rağmen onun da kusurları vardır. Örneğin öğrenilmiş çaresizlik araştırmalarının çoğu hayvan deneklerle yapılan çalışmalara dayanır. Hayvanlarda, insanlardaki depresyon belirtilerinin gerçekten var olup olmadığını bilmek imkânsızdır (Kim ve diğ., 2017). Ek olarak teorinin atıflarla ilgili kısmı, zor soruları gündeme getirmektedir. Mesela çaresizliği öğrenen köpekler ve fareler ne olacak? Hayvanlar dolaylı da olsa atıfta bulunabilirler mi?

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİ** Bilişsel davranışçı terapistler, depresyonu olan danışanlarına yardım edebilmek için bilişsel ve davranışçı teknikleri birleştirirler. Davranışçı tarafta, danışanları daha fazla aktiviteye katılmaları ve zevk almaları sayesinde tekrar harekete geçirmeye çalışırlar. Bilişsel kısımda, danışanları daha uyumlu ve daha az olumsuz şekilde düşünmeye yönlendirirler. Bu değişikliklerin meydana gelmesine yardımcı olmak için çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Önde gelenlerden ikisi *davranışsal aktivasyon* ve *Beck'in bilişsel terapisi*dir.

#

**#EnKoyuRenk**

Batı toplumunda siyah, depresyonu tanımlarken sıklıkla tercih edilen bir renktir. İngiltere Başbakanı Winston Churchill, tekrarlayan depresyon dönemlerini "her zaman dişlerini göstermeyi bekleyen siyah bir köpek" olarak nitelendirdi. Amerikalı romancı Ernest Hemingway, bu dönemlerini "kara kıçlı" günler olarak tanımladı ve Rolling Stones şarkısında, depresif düşünme hakkında şunları söyledi: "Kırmızı bir kapı görüyorum ve onu siyaha boyamak istiyorum."

**Davranışsal aktivasyon**da terapistler, danışanın hayatındaki olumlu ve ödüllendirici faaliyetlerin ve olayların sayısını artırmak için sistemli şekilde çalışırlar. Bu yaklaşım, hatırlayacağınız gibi Peter Lewinsohn'un kişinin duygu durumu ile hayatta deneyimlediği ödüller arasındaki bağa odaklanan çalışmasına dayanmaktadır. Yaklaşımın üç temel bileşeni vardır. Terapistler (1) depresif danışanları keyif verici durum ve etkinliklerle yeniden tanıştırır, (2) depresif olmayan davranışları sürekli olarak ödüllendirirken, depresif davranışlar için ödül vermez ve (3) danışanların sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olurlar (Martin & Oliver, 2018; Moshier & Otto, 2017).

İlk olarak terapist, alışverişe gitmek veya fotoğraf çekmek gibi danışanın zevkli bulduğu aktiviteleri seçer ve kişinin bu aktivitelere katılması için haftalık bir program oluşturmasına teşvik eder. Araştırmalar, bir kişinin hayatına keyif veren aktiviteler eklemenin gerçekten daha iyi bir ruh hâline yol açabileceğini göstermiştir. İkincisi, terapist danışanın hayatına hoş olayları yeniden dahil ederken bir yandan da çeşitli davranışlarının doğru bir şekilde pekiştirilmesini sağlar. Davranışsal aktivasyon teorisyenleri, depresyondayken sergilenen olumsuz davranışların (ağlama, ruminasyon, şikayetlenme veya kendini değersizleştirme), diğer kişilerle araya mesafe koyduğunu ve bu nedenle ödüllendirici deneyimler ve etkileşimlerde bulunabilme şanslarının azaldığını savunmaktalardır (Hammen, 2016). Bu örüntüyü değiştirmek için terapistler, danışanlara olumsuz davranışlarını izlemeleri ve yeni, daha olumlu olan davranışları denemeleri için rehberlik eder (Farchione, Boswell & Willner, 2017; Martell ve diğ., 2010). Günümüzde danışanların, gün içinde gerçekleştirdikleri olumsuz ve olumlu aktiviteleri ve bunun sonucunda ortaya çıkan duygu durum değişikliklerini doğru bir şekilde kaydetmelerine yardımcı olabilecek düzinelerce akıllı telefon uygulaması mevcut ve bu uygulamalar, davranışsal aktivasyonu bir zamanlar olduğundan daha net bir yaklaşım hâline getiriyor. (Dahne ve diğ., 2017; Huguet ve diğ., 2016). Son olarak davranışsal aktivasyonu temel alan terapistler danışanları etkili sosyal beceriler geliştirmeleri konusunda eğitir (Farmer & Chapman, 2015). Örneğin grup terapi programlarında üyeler; göz teması, yüz ifadesi, duruş ve sosyal ilişkilerdeki diğer davranışları geliştirmek için birlikte çalışabilirler.

**Duygu durum izlemeye dair cep telefonu uygulamalarının giderek artan kullanımlarının ne gibi avantaj ve dezavantajları olabilir?**

Davranışsal aktivasyon tekniklerinin tedavide tek başlarına kullanımı özellikle de depresyonun şiddeti fazlaysa yalnızca sınırlı bir yardım sunabilmektedir (Chan ve diğ., 2017; Dimidjian ve diğ., 2014). Fakat bilişsel tekniklerle birleştirildiklerinde ileride göreceğiniz gibi genellikle oldukça faydalıdır (Moshier & Otto, 2017).

Depresif danışanların olumsuz düşüncelerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için Aaron Beck **bilişsel terapi** adını verdiği bir tedavi yaklaşımı geliştirdi. Bu

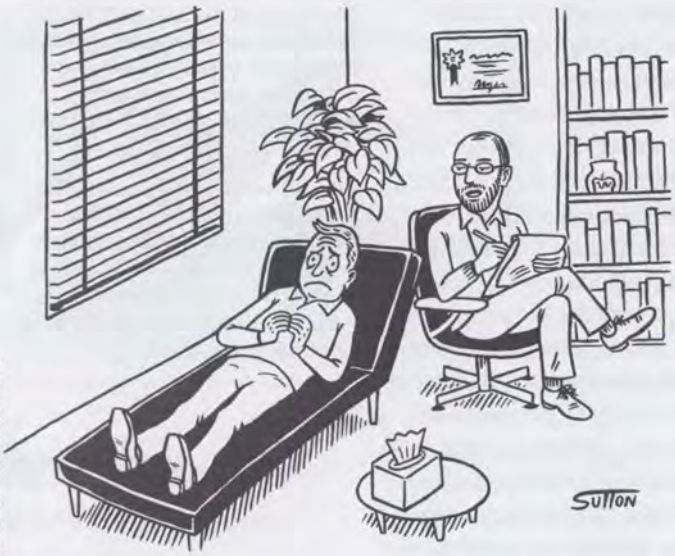
**davranışsal aktivasyon** Terapistin depresyonla çalışırken danışanın hayatındaki yapıcı ve hoşa giden aktivite ve durumları artırmak için sistematik olarak çalıştığı bir terapidir.

**bilişsel terapi** Kişide psikolojik rahatsızlıklara yol açan, kişinin işlevsel olmayan varsayımlarını ve düşünme biçimlerini değiştirmeye yardımcı olmayı amaçlayan ve Aaron Beck tarafından geliştirilmiş bir terapi yaklaşımıdır.



China Photos/Getty Images

**Yeniden zevk almak** Davranışsal aktivasyon ilkelerinin takip edildiği Çin'deki Zhongshan Akıl Hastanesindeki depresif hastalar, bir bahçedeki otları ayıklamaya teşvik ediliyor. Davranışsal aktivasyon terapistleri, danışanlarına, yaşamlarındaki hoşa giden, özellikle de rahatsızlıklarından önce yapmaktan zevk aldıkları aktivitelerin (bu durumda bahçecilik) sayısını artırmaları için sistematik olarak rehberlik ediyorlar.




Ward Sutton/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Özellikle yorum alan paylaşımlarınıza odaklanmayı deneyelim."*

ismi kullanmasının nedeni, yaklaşımının, büyük ölçüde danışanları depresyonun altında yatan olumsuz bilişsel süreçleri tanımaya ve değiştirmeye yönlendirmeye odaklanıyor olmasıdır (Beck & Weishaar, 2019; Beck, 2016). Ancak, sizin de fark edeceğiniz gibi, bu yaklaşım aynı zamanda az önce incelediklerimize benzer birkaç davranış tekniğini de içeriyor. Bilişsel yaklaşım dört aşamadan oluşur ve genellikle 20 seanstan daha kısa sürer.

**1.AŞAMA: Aktiviteyi artırmak ve duygu durumu yükseltmek** Terapistler, tedavinin bilişsel boyutlarına zemin hazırlamak için davranışsal teknikler yardımıyla öncelikle danışanları daha aktif olmaya ve kendilerine olan güvenlerini artırmaya teşvik eder. Danışanlar her seansın bir kısmında gelecek hafta yapacakları aktiviteleri içeren, saatlik olarak planlanmış ayrıntılı bir aktivite programı hazırlarlar. Haftalar ilerledikçe daha aktif hale gelmeleri ve duygu durumlarının iyileşmesi beklenir.

**2.AŞAMA: Otomatik düşüncelere meydan okumak** İnsanlar daha aktif olduklarında ve bir miktar duygusal rahatlama hissettiklerinde terapistler onları olumsuz otomatik düşünceleri hakkında eğitmeye başlar. Danışanlardan otomatik düşünceleri ortaya çıktıkça onları fark etmeleri ve kaydetmeleri, kaydettikleri bu listeleri her seansa getirmeleri istenir. Burada da kişiler, günlük yaşamlarında ortaya çıkan bu tür düşünceleri doğru bir şekilde belirlemek ve kaydetmek için akıllı telefon uygulamalarını kullanabilir (Huguet ve diğ., 2016). Terapist ve danışan daha sonra düşüncelerin ardındaki gerçekliği test eder ve çoğu zaman bunların temelsiz olduğu sonucuna varır.

**3.AŞAMA: Olumsuz düşünme biçimi ve yanlılıkları belirlemek** İnsanlar otomatik düşüncelerindeki hataları fark etmeye başladıkça terapistler onlara mantıksız düşünme süreçlerinin bu düşüncelere nasıl katkıda bulunduğunu gösterir. Terapistler ayrıca, danışanların olaylara ilişkin yorumlama biçimlerinin hemen hemen hepsinde olumsuz bir yanlılık olduğunu fark etmeleri ve bu yorumlama tarzını değiştirmeleri konusunda danışanlarına rehberlik eder.

**4.AŞAMA: Birincil tutumların değiştirilmesi** Terapistler, ilk etapta depresyona zemin hazırlayan işlevsel olmayan tutumları değiştirme konusunda danışanlara yardımcı olur. Sürecin bir parçası olarak terapistler, bir seanstan alınmış olan aşağıdaki diyalogda görüldüğü gibi danışanları genellikle tutumlarını test etme konusunda yönlendirir:

Terapist: *Bir erkek olmadan mutlu olamayacağınız inancını neye dayandırıyorsunuz?*

Danışan: *Hayatımda bir erkeğin olmadığı bir buçuk yıl boyunca tam olarak depresyondaydım.*

Terapist: *Depresyonda olmanızın başka bir nedeni olabilir mi?*

Danışan: *Konuştuğumuz gibi her şeyi çarpıtılmış bir bakış açısıyla görüyordum. Ama yine* de kimse benimle ilgilenmese mutlu olabilir miydim bilmiyorum.

Terapist: *Ben de bilmiyorum. Bunu öğrenmemizin bir yolu var mı?*

Danışan: *Şey, bir deney yapsam... Bir süreliğine kimseyle flörtleşmesem ve nasıl hissettiğimi görsem.*

Terapist: *Bence bu iyi bir fikir olabilir. Kusurları olmasına rağmen deneysel yöntem hala gerçekleri keşfetmenin en iyi yoludur. Böylesi bir deneyi gerçekleştirebileceğiniz için sizi şanslı olarak görebiliriz. Böylece hayatınızda ilk kez bir erkeğe bağlı olmamayı deneyimleyeceksiniz. Bir erkek olmadan da mutlu olabileceğinizi fark ederseniz bu, sizi büyük ölçüde güçlendirecek ve gelecekteki ilişkilerinizi daha da iyi hâle getirecektir.*

*(Beck ve diğerleri, 1979, s. 253-254)*

Son 20-30 yılı aşkın bir süredir, bilişsel-davranışçı terapinin depresyon tedavisindeki başarısı sayısız çalışma ile ortaya konulmuştur. Bu terapiyi alan depresif kişiler plasebo grubunda yer alan veya hiç tedavi almayanlara göre çok daha fazla iyileşme göstermiştir (Forand ve diğ., 2018; Young ve diğ., 2014). Bilişsel-davranışçı terapi alan kişilerin yaklaşık yüzde 50 ile 60'ının belirtilerinde önemli bir azalma görülüyor veya belirtiler tamamen ortadan kalkıyor.

Depresyonun üstesinden gelmek için kişinin olumsuz bilişlerinin tamamen ortadan kalkması gerektiği görüşüne karşı yapılan itirazlar, günümüz bilişsel-davranışçı terapistleri arasında giderek yaygınlaşmaktadır. *Kabul ve adanmışlık terapisi* (ACT) uygulayanlar da dâhil olmak üzere Bölüm 2 ve Bölüm 4'te okuduğunuz yeni dalga bilişsel-davranışçı terapistler, depresif danışanların sahip oldukları negatif bilişler, davranış ve kararları için önemli birer kılavuz olmaktan çok zihinlerinden geçip, giden düşünce akışları olarak görmelerine ve onları oldukları gibi kabul etmelerine yardımcı olmayı amaçlar. Bunu yapabilmek için farkındalık eğitimi ve diğer bilişsel-davranışçı teknikleri kullanırlar. Danışanlar olumsuz düşüncelerini olduğu gibi kabul etmeyi öğrendikçe bu düşüncelerle daha iyi çalışabilirler. Araştırmalar bu tür yaklaşımların, depresyonun tekrarlamasını önlemeye yardımcı olmaları açısından önemli olduğunu savunmaktadır (Segal, 2017; Twohig & Levin, 2017).

## #ÖzlüSözler

"Ağlama çünkü oldu bitti; yaşandı diye sevinmeye bak."

Dr. Seuss

## Tek Uçlu Depresyonun Sosyokültürel Modeli

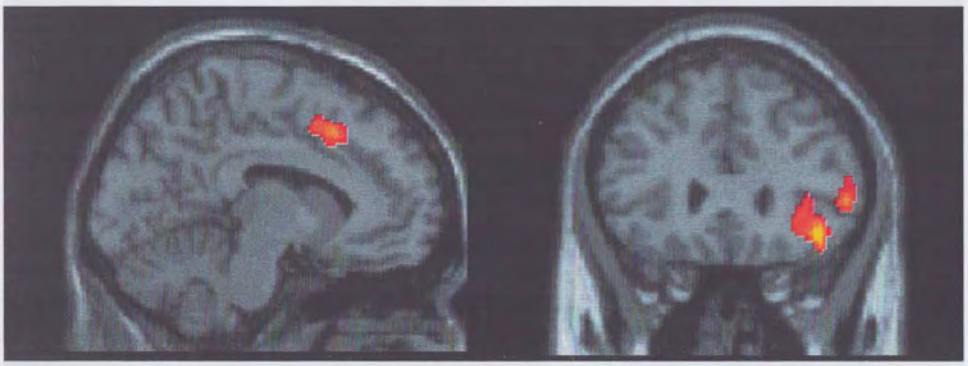
Sosyokültürel kuramcılar, tek uçlu depresyonun insanları çevreleyen sosyal bağlamdan güçlü bir şekilde etkilendiğini öne sürerler. Bu görüşleri, daha önce tartışılan depresyonun genellikle dış stres faktörleri tarafından tetiklendiği bulgusu ile desteklenmektedir (Krishnan, 2017). Bir kez daha belirtmek gerekirse iki tür sosyokültürel görüş vardır: *aile-sosyal bakış açısı* ve çok kültürlü bakış açısı.

**Aile Sosyal Bakış Açısı** Daha önce bazı bilişsel-davranışçı teorisyenlerin sosyal ilişkilerdeki ödüllerin azalmasının depresyonun ortaya çıkmasında özellikle önemli olduğuna inandıklarını okudunuz. Bu görüş aynı zamanda aile-sosyal bakış açısıyla da tutarlıdır.

**Bir düşünün: Sosyal açıdan kayıplar, sosyal ilişkiler ve sosyal ödüller gibi sosyal alandaki problemler, neden depresyonla ilişkili olabilir?**

Azalan sosyal ödüller ile depresyon arasındaki iki yönlü bir bağlantı vardır (Hammen, 2016). Bir yandan araştırmacılar depresif insanların genellikle sosyal becerilerin zayıf olduğunu ve kötü iletişim kurduklarını bulmuşlardır. Bu kişiler başkalarından tekrar tekrar güvence ararlar ve genellikle depresyonda olmayan insanlara göre daha ağır ve sessiz konuşurlar, kelimeler arasında daha uzun süre duraksarlar ve de yanıt vermeleri daha uzun sürer. Bu tür sosyal eksiklikler diğer insanları rahatsız eder ve depresif bireylerden uzaklaşmalarına neden olabilir. Sonuç olarak depresif insanların sosyal ilişkileri ve sosyal ödülleri azalır ve daha az sosyal etkileşime katıldıkları için sosyal becerileri daha da kötüleşir.

Bu bulgularla tutarlı olarak depresyon, mutlu bir evlilikten alınan sosyal desteğe benzer bir desteğin olmayışıyla da sıklıkla ilişkilendirilmektedir (Cao ve diğ., 2017; Krishnan, 2017). Araştırmalar, sorunlu evlilikleri olan insanların evliliklerinde sorun



Matthew D. Lieberman

**Sosyal dışlanma, depresyon ve beyin** Sanaltop olarak adlandırılan bir araştırma tasarımında katılımcılardan biri FMRI'a bağlanmış vaziyette uzanır ve bu katılımcıya (yanlış bilgi koşulu) diğer odalardaki iki oyuncu ile bir sanal top atma oyun oynayacakları söylenir. Diğer oyuncular, sanal oyundan ilk katılımcıyı yavaş yavaş dışlarken FMRI ile beynin hangi bölümlerinin etkilendiği kaydedilir. Bu beyin taramalarında görüldüğü gibi depresyonla ilişkili beyin devresinin kilit yapılar olan anterior singulat korteksin alt yapıları (solda) ve prefrontal korteks (sağda), tıpkı depresyon olgularında olduğu gibi laboratuvarda oluşturulan bu sosyal dışlanma çalışması sırasında da aktif hâle gelmektedir.

**kişiler arası psikoterapi (KAP)** Tek uçlu depresyon tedavisinde kullanılan ve bir kişinin kişiler arası problemlerini tanımlayıp onları değiştirmenin iyileşmeye yardımcı olacağı görüşüne dayanan bir terapi yaklaşımıdır.

**çift terapisi** Uzun dönemli ilişki içinde olan iki kişi ile birlikte çalışılan terapi formatıdır.

olmayan insanlara göre depresif bozukluğa sahip olma olasılıklarının 25 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Keitner, 2017). Bazı durumlarda, eşlerden birinde depresyonun varlığı evlilikte uyumsuzluğa ya da boşanmalara katkı sağlayabilir ancak sıklıkla kişiler arası çatışmalar ve sorunlu ilişkilerdeki sosyal destek azlığının depresyona yol açabildiği görülmektedir (Williams & Harris, 2978).

Araştırmacılar ayrıca yaşamlarında sosyal desteğin zayıf olduğu, izole olan ve yakınlığın olmadığı kişilerin depresif olmaya özellikle yatkın oldukları ve diğer insanlara göre depresyonlarının daha uzun sürdüğünü ortaya koymaktadır (Lang ve diğ., 2019; Levula ve diğ., 2018; Werner-Seidler ve diğ., 2017). Örneğin geçmişte İngiltere'de yapılan ve büyük ölçüde halka mal olmuş bir çalışma, yakın bir sırdaşlarının olmayan ve de ev dışında pek bir şey yapmayan üç ve daha fazla küçük çocuğu olan kadınların stresli bir olay sonrasında depresyona girme ihtimalleri, diğer kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Brown, 2002; Brown & Harris, 1978).

**Aile-Sosyal Tedaviler** Depresyonun tedavisinde aile ve sosyal ilişkilere dair yaklaşımı benimseyen terapistler, yakın ilişkilere dair tutumlarını değiştirmek konusunda yardımcı olurlar. En etkili aile-sosyal yaklaşımları *kişiler arası psikoterapi* ve *çift terapisi*dir.

**KİŞİLER ARASI PSİKOTERAPİ** Klinik araştırmacılar Gerald Klerman ve Myrina Weissman tarafından geliştirilen **kişiler arası psikoterapi (KAP)** depresyona yol açabileceği düşünülen kişilerarası faktörlerden faktörlerden dördünü ele alır ve vurgular: kişiler arası kayıp, kişiler arası rol uyuşmazlıkları, kişiler arası rol geçişleri ve kişiler arası eksiklikler (Swartz, 2018, 2017; Pu ve diğ., 2017). Yaklaşık 20 seans boyunca KAP terapistleri şu alanlar üzerinde dururlar:

İlk olarak psikodinamik kuramcıların ileri sürdüğü gibi depresif kişiler sevilen birin kaybı gibi önemli *kişiler arası kayıplara* karşı bir yas tepkisi gösteriyor olabilirler. Bu tür vakalarda KAP terapistleri danışanlarını, kaybedilen kişiyle aralarındaki ilişkiyi anlamlandırma ve farkına vardıkları öfke gibi herhangi bir duyguyu ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilirler. Zamanla danışanlar, kaybedilen kişiyi anmanın yeni yollarını öğrenirler ve aynı zamanda yeni ilişkilere fırsat verirler.

İkincisi, depresif kişiler kendilerini *kişiler arası bir rol uyuşmazlığının* içerisinde bulabilirler. Rol uyuşmazlığı, iki kişi ilişkilerine ve birbirlerinden bekledikleri rollere dair farklı beklentiler içinde olduğu zaman ortaya çıkar. IPT terapistleri, danışanların sahip olabilecekleri rol uyuşmazlıklarını incelemelerine ve ardından bunları çözmenin yollarını geliştirmelerine yardımcı olurlar.

Depresif kişiler, boşanma veya bebek sahibi olma gibi önemli yaşam olaylarının beraberinde getirdiği *kişiler arası rol geçişleri*nden birini yaşıyor da olabilirler. Yaşam olaylarının beraberinde getirdiği rollerindeki değişimlerden aşırı bunalmış olabilirler.



AP Photo/Ariana Cubillos

**Kahkaha en iyi ilaç mıdır?** Güney Afrika'da halka açık bir meydanda, kahkaha terapisi seansı sırasında gülen bir adam. Günde en az 15 dakika gülmenin depresyon ve diğer hastalıkları uzaklaştırdığı inancına dayanan, dünya çapında önerilen nispeten yeni bir grup tedavisi olan bu açık kahkaha terapisi seansına katılan birçok kişiden yalnızca biri.

Bu tür vakalarda KAP terapistleri bu kişilere, yeni rollerinin gerektirdiği şekilde sosyal destek kaynakları ve yeni beceriler geliştirme konusunda destek olurlar.

Son olarak bazı depresif kişiler yakın ilişkiler kurmalarının önünde engel oluşturan aşırı utangaçlık ya da sakarlık gibi *kişilerarası alanda yetersizliklere* sahip olabilirler. KAP terapistleri bu tür danışanların sosyal alandaki eksikliklerini tanımalarına yardımcı olabilir ve sosyal alandaki etkililiklerini artırmaya yönelik sosyal beceri ve atılganlık eğitimi verebilirler. Aşağıdaki diyalogda, terapist depresif danışanının davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisini fark etmesi konusunda cesaretlendiriyor:

Danışan: (Uzun bir aradan sonra gözleri yere bakarken üzgün bir yüz ifadesi ve çökkün bir duruşu ile) İnsanlar hep benimle dalga geçiyor. Kahretsin, sanırım ben gerçekten yalnız kalmayı hak eden bir adamım. (Derin bir iç çeker.)

Terapist: *Bunu bir kez daha yapabilir misiniz?*

Danışan: *Neyi?*

Terapist: *İç çektiniz ya, biraz daha derin şekilde..*

Danışan: *Neden? (Duraksar) Tamam fakat neden istediğinizi anlayamadım... Tamam. (Danışan yeniden iç çeker ve gülümser.)*

Terapist: *Peki, şimdi gülümsedin ama çoğu zaman iç çektiğinde ve çok üzgün göründüğünde ben seni mutsuzluğunla baş başa bırakmanın daha iyi olacağı hissine kapılıyorum. Sanki yumurta kabukları üzerinde yürür gibi ilerlemeliyim ve sana fazla yaklaşmamalıyım, yoksa seni daha çok incitebilirim.*

Danışan: (Sesinde bir miktar öfke ile) Peki, çok pardon! Ben sadece nasıl hissettiğimi size anlatmaya çalışıyordum.

Terapist: *Çok kötü hissettiğinizi biliyorum ama aynı zamanda size ulaşmamı tamamen engelleyen, beni uzak tutmaya çalıştığınıza dair mesajı da alıyorum.*

Danışan: (Yavaşça) Kendimi bir münzevi gibi hissediyorum hatta sanki siz bile beni önemsemiyor, benimle dalga geçiyorsunuz..

Terapist: *Diğer insanların da bu testi geçmeleri gerekip gerekmediğini merak ediyorum; ne dersin?*

*(Beier & Young, 1984, s. 270)*

Araştırmalar, depresyon için KAP ve ilişkili kişilerarası tedavilerin bilişsel-davranışçı terapilere benzer tedavi başarı oranlarına sahip olduğunu göstermektedir (Zhou ve diğ., 2017). Yani tedavi alan kişilerin yaklaşık %50-60'ında belirtiler neredeyse tamamen ortadan kalkmaktadır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde KAP, sosyal ilişkilerdeki sorunlarla mücadele eden veya kariyerlerinde ya da sosyal rollerinde değişiklik yaşayan depresif insanlar için özellikle yararlı olarak kabul edilir (Ravitz, Watson & Grigoriadis, 2013).

**ÇİFT TERAPİSİ** Daha önce okuduğunuz gibi depresyon evlilik çatışmalarına yol açabilir ve eşlerinden sosyal destek alamayan kişilerin iyileşme süreçleri de genellikle daha yavaş olur (Keitner, 2017). Aslında, tüm depresif hastaların yarısı kadarının hayatında iyi gelmeyen ilişkiler olabilir. Pek çok depresyon vakasının, bir terapistin uzun süreli ilişki yaşayan iki kişiyle bir arada çalıştığı yaklaşım olan **çift terapisi**nden fayda görmüş olması şaşırtıcı değildir.

*Bütünleştirici davranışçı çift terapisi* yapan terapistler, çiftlere özel iletişim ve problem çözme becerilerini öğretmek için bilişsel-davranışçı terapi ile sosyokültürel terapi tekniklerini birleştirir, problemli etkileşimlerinin genellikle aralarındaki temel farklılıkları yansıttığını fark etmelerine rehberlik eder ve birbirlerini daha kabul edici ve destekleyici olmaya yönlendirirler (bk. Bölüm 2). Depresif kişinin eşiyle olan ilişkisi çatışmayla dolu olduğunda bu ve benzeri terapi yaklaşımları, depresif belirtilerin azaltılmasında bireysel bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası psikoterapi ya da ilaç tedavisi kadar hatta daha fazla etkili olabilir (Keitner, 2017; Lebow ve diğ., 2012).

**Çok Kültürlü Bakış Açısı** İki tür ilişki, çok kültürlü kuramcıların ilgisini çekmiştir: (1) cinsiyet ve depresyon arasındaki bağlantılar, (2) kültürel ve etnik geçmiş ile depresyon arasındaki bağlar. Cinsiyet açısından güçlü bir ilişki bulunsa da bu ilişki için henüz net bir açıklama ortaya konmamıştır. Depresyon ve kültürel faktörler

## #SıkıGözetim

Aile hekimleri, intörnler ve çocuk doktorları, kendilerine başvuran depresif hastaların en az yüzde 50'sini tespit etmekte başarısız olmaktadır (Lyness, 2017; Mitchell ve diğ., 2011).

## #Azalan Sırdaşlıklar

Geçtiğimiz otuz yılda yakın sosyal ilişkiler giderek azalmakta. 1985 yılında yapılan araştırmada katılımcılara, önemli konuları tartışabildikleri kaç tane sırdaşları olduğu sorulduğunda çoğu 3 cevabını vermiş. Günümüzde bu soruya en yaygın verilen cevap ise 2 ve daha azı şeklindedir (GSS, 2016; Bryner, 2011; McPherson ve diğ., 2006).

arasında bir bağ olup olmadığı ve varsa nasıl olduğu, klinik alanda hala araştırılan konular arasındadır.

**CİNSİYET VE DEPRESYON** Daha önce görmüş olduğunu gibi, depresyon ve cinsiyet arasında güçlü bir ilişki vardır. Kadınların Fransa, İsveç, Lübnan, Yeni Zelanda ve Amerika Birleşik Devletleri gibi birbirlerine çok uzak yerlerde bile, tek uçlu depresyon tanısı alma olasılığı erkeklerden en az iki kat fazladır. Bu konuyla ilgili bir dizi varsayım ileri sürülmüş ve araştırılmıştır (Assari, 2017; Hammen, 2016; Nolen-Hoaksema, 2012, 2002, 1990).

*Yapaylık kuramı,* kadın ve erkeklerin depresyona yatkınlık konusunda birbirlerine yakın olduklarını ancak erkeklerdeki depresyonu tespit etme konusunda klinisyenlerin başarısız oldukları görüşünü ileri sürmektedir. Bir olasılık, erkekler depresyon belirtilerini öfke gibi geleneksel "erkeksilik cinsiyet rollerinin" arkasına saklarken kadınlar fark edilmesi daha kolay olan ağlama ve üzüntü gibi duygusal belirtileri daha çok yaşıyor olabilir. Her ne kadar bu açıklama çok yaygın bir açıklama olsa da araştırmalar kadınların artık depresif belirtilerini tanımlama ve tedavi arama konusunda erkeklerden daha istekli olmadıklarını göstermeye başlamıştır.



ullstein bild/Getty Images

**Dans metaforu** Pek çok kuramcı, depresyon oranlarındaki cinsiyet farkının nedeninin ortalama olarak kadınların erkeklerden daha fazla stres etkeni, ayrımcılık, ulaşılamaz beden idealleri ve mağduriyetle karşı karşıya kalması olduğuna inanmaktadır. Cinsiyete dair bu dezavantaj için popüler bir açıklama, kadınların "yüksek topuklu ayakkabılarla geri geri dans etmeleri" gerektiğidir. Bu ifadenin kökenleri, 1930'ların popüler filmlerinden 10 tanesinde partner olarak simgeleşmiş olan Ginger Rogers ve Fred Astaire'in dansına dayanır. Her ikisi de olağanüstü yetenekli olmalarına rağmen sonuçta, Astaire'in aldığı beğeni ve elde ettiği profesyonel başarı onun yaptığı her şeyi, bir de "geriye doğru ve yüksek topuklu ayakkabılarla" yapmış olmasına rağmen Rogers'ınkinden daha fazladır.

*Hormon açıklaması* özellikle buluğ çağı, hamilelik ve menopoz dönemlerindeki hormonel değişikliklerin kadınlarda depresyonu tetiklediğini savunmaktadır. Bununla birlikte araştırmalar, bu gelişimsel kilometre taşlarına eşlik eden sosyal durumlar ve yaşam olaylarının da depresyon deneyimlerini, hormon değişimlerine ilişkin açıklama kadar hatta ondan daha iyi açıklayabileceğini öne sürer. Hormon değişimi açıklaması, kadınların olağan biyolojik özelliklerini kusurlu gösterme eğilimi nedeniyle cinsiyetçilikle eleştirilmektedir.

*Yaşam stresi kuramı,* toplumumuzda kadınların erkeklere göre daha fazla stres altında olduklarını savunur. Kadınlar ortalama olarak erkeklere göre daha fazla yoksulluk, daha fazla niteliksiz iş, daha az yeterli barınma koşulları ve daha fazla ayrımcılıkla karşı karşıya kalırlar ve tüm bunlar depresyonla bağlantılı faktörlerdir. Ayrıca çoğu evde kadınlar çocuk bakımı ve ev işleri gibi sorumlulukların eşit olmayan paylaşımına da katlanmak durumunda kalmaktadır.

*Beden memnuniyetsizliği açıklaması,* Batı toplumundaki kadınlara neredeyse doğumdan itibaren, ama özellikle de ergenlik döneminden başlayarak, zayıf olma ve daha ince bir vücut şeklinin olması gibi mantıksız, sağlıksız ve çoğu zaman ulaşılamaz hedeflerin önemi öğretilir. 9. Bölüm'de okuyacağınız gibi araştırmalara göre ergenlik ilerledikçe kızların kilolarından ve vücutlarından duydukları memnuniyet zamanla azalıyor ve ortalama olarak depresyon oranlarında artış göze çarpıyor. Ancak yeme ve kilo ile ilişkili kaygıların gerçekte depresyona neden olduğu net değildir; bunun yerine bu kaygılar depresyonun sonucu olabilirler.

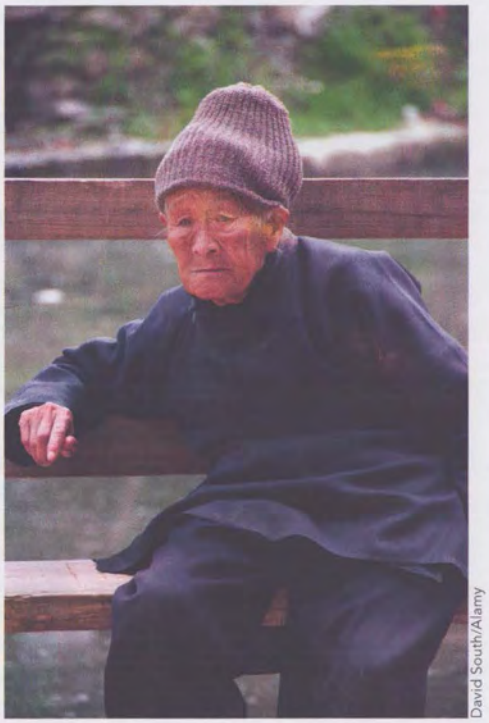
Öğrenilmiş çaresizlik araştırmasına dayanan *kontrol eksikliği kuramı,* kadınların kendi yaşamları üzerinde erkeklerden daha az kontrol hissettikleri için depresyona daha yatkın olabileceğini öne sürüyor. Ayrımcılıktan hırsızlığa ve tecavüze kadar her türlü mağduriyetin genellikle bir çaresizlik duygusu ürettiği ve depresyon belirtilerini artırdığı bulunmuştur. Toplumumuzda da ortalamaya bakıldığında kadınların çeşitli alanlarda mağdur olma olasılığı erkeklerden daha fazladır (BJS, 2017, 2016).

Depresyonda görülen cinsiyet farklılıkları için son bir açıklama *ruminasyon kuramıdır.* Daha önce okuduğunuz gibi ruminasyon depresyonla ilişkili bir kavramdır. Araştırmalar, kadınların duygu durumları kötüleştiğinde ruminasyona erkeklerden daha yatkın olduğunu ve belki de onları depresyonun ortaya çıkmasına karşı daha savunmasız hâle getirdiğini ortaya koymaktadır.

Tek uçlu depresyonda görülen cinsiyet farklılığına ilişkin bu açıklamaların her biri, üzerinde düşünülmeye değer fikirler ortaya koymaktadır. Her biri, çeşitli araştırmalarla o görüşü ilginç kılmaya yetecek kadar desteklendi ve işe yararlığı hakkında yeni sorular ortaya atmaya yetecek kadar kanıt topladı. Bu nedenle günümüzde depresyondaki cinsiyet farkı, klinik alanda en çok konuşulan ancak en az anlaşılan olgulardan biri olmaya devam ediyor.

**KÜLTÜREL ARKA PLAN VE DEPRESYON** Depresyon dünya çapında bir kavram ve bu bozukluğun bazı belirtileri tüm ülkelerde benzer görünüyor. Dört ülke (Kanada, İsviçre, İran ve Japonya) üzerinde yürütülen çığır açan bir araştırma, bu çok farklı ülkelerdeki depresif insanların büyük çoğunluğunun üzüntü, keyifsizlik, gerginlik, enerji azlığı, ilgi kaybı, konsantre olmada güçlük, yetersizlik düşünceleri ve intihar düşünceleri gibi belirtileri bildirdiğini ortaya koydu (WHO, 2017; Matsumoto & Juang, 2016). Bununla birlikte, araştırmalar bu tür temel belirtilerin ötesinde, depresyonun kesin tablosunun ülkeden ülkeye değiştiğini göstermektedir (Shafi & Shafi, 2014; Kok ve diğ.,2012). Örneğin Çin ve Nijerya gibi Batılı olmayan ülkelerdeki depresif kişilerin yorgunluk, halsizlik, uyku bozuklukları ve kilo kaybı gibi fiziksel belirtilerden rahatsız olma olasılığı daha yüksekken; bu ülkelerde kendini suçlama, düşük benlik saygısı ve suçluluk gibi bilişsel belirtilerle depresyon arasındaki ilişki daha zayıftır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde araştırmacılar ise farklı etnik veya ırksal grupların üyeleri arasında depresyon belirtileri açısından çok az farklılık buldular. Bu tür azınlık grupları arasındaki depresyon oranlarında da önemli farklılıklar rastlamadılar. Öte yandan araştırmalar, depresyonun tekrarlaması açısından etnik/ırksal gruplar arasında çarpıcı farklılıklar olduğunu sıklıkla ortaya koymaktadır. Hispanik Amerikalılar ve Afrikalı Amerikalılarda, Hispanik olmayan beyaz Amerikalılardan yüzde 50 daha fazla tekrarlayan depresyon ataklarına rastlanmaktadır (Krishnan, 2017). Peki bu fark neden kaynaklanıyor? Tedavi oranları bu sorunun cevabı olabilir. Depresyondaki Hispanik Amerikalıların yüzde 34'ü ve depresif Afrikalı Amerikalıların yüzde 40'ı depresyon tedavisi ilaç ve/veya psikoterapi) alırken, bu oran Hispanik olmayan beyaz Amerikalılarda yaklaşık yüzde 54'tür (González ve diğ.,2010). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki azınlık grupları tekrarlayan depresyonlara karşı daha savunması olabilir çünkü üyelerinin birçoğu depresyon yaşadıklarında bunun tedavisine yönelik olanaklara erişim zorluğu yaşamaktadır.


David South/Alamy

**Batılı olmayan depresyon** Batılı olmayan ülkelerdeki depresif insanlar, kendini suçlama gibi bilişsel belirtilere daha az ve yorgunluk, hâlsizlik, uyku bozuklukları gibi fiziksel belirtilere daha fazla sahip olma eğilimindedir.

Araştırmalar ayrıca depresyonun dağılımının bazı azınlık grupları arasında da farklılaşabildiğini ortaya koymuştur. Her bir azınlık grubunun farklı geçmişlere ve kültürel değerlere sahip insanlardan oluştuğu göz önüne alındığında, bu bulgu çok şaşırtıcı değildir. Örneğin depresyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde doğan Hispanik ve Afrikalı Amerikalılar arasında, Hispanik ve Afrika kökenli Amerikalı göçmenlere göre daha yaygındır (González ve diğ., 2010; Miranda ve diğ., 2005). Dahası, Hispanik Amerikan nüfusu içinde, Porto Rikolular, Meksikalı Amerikalılardan veya Kübalı Amerikalılardan daha yüksek bir depresyon oranına sahiptir.

**Çok Kültürlü Tedaviler** Bölüm 2'de *kültüre duyarlı terapiler*in, kültürel azınlık grupları üyelerinin karşılaştığı çok farklı sorunları ele almak için tasarlandığını okudunuz (Comas-Diaz, 2019; Chu ve diğ., 2016). Bu tür yaklaşımları kullanan terapistlerin, kültüre dair özel bir eğitimleri olur ve danışanlarının kültürel değerlerine, danışanlarının karşılaştığı kültürle ilişkili stresörlere, ön yargılara ve klişelere ilişkin yüksek bir farkındalığa sahip olurlar. Danışanların rahat hissedebilecekleri (onlar için) iki kültürlü bir denge kurmalarına ve kendi kültürleri ile baskın kültürün kendileri ve davranışlarına ilişkin bakış açıları üzerindeki etkisini fark etmelerine yardımcı olmak için çaba gösterirler.

**Kültüre duyarlı terapilerin bazı rahatsızlık türleri için diğerlerinden daha yararlı olabileceğini düşünüyor musunuz? Evetse, neden ya da hayırsa, neden olmasın?**

Tek uçlu depresyon tedavisinde kültüre duyarlı yaklaşımlar, azınlık danışanların bozukluğun üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için geleneksel psikoterapi biçimleriyle giderek daha fazla bir arada kullanılmaktadır (Aguilera ve diğ., 2017, 2010; Chu ve diğ., 2016). Örneğin günümüz terapistlerinin bir kısmı, depresyondaki azınlık danışanları için bilişsel-davranışçı terapi uygularken aynı zamanda danışanın yaşadığı ekonomik baskılara, azınlık kimliğine ve ilgili kültürel konulara da odaklanır. Bir dizi çalışma Hispanik Amerikalı, Afrika kökenli Amerikalı, Amerikan Kızılderili ve Asyalı Amerikalı danışanların hâlihazırda sunulan psikoterapi yöntemine kültüre duyarlı bir yaklaşım eklendiğinde depresyonlarının

üstesinden gelme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Aguilera ve diğ., 2017, 2010; Chowdhary ve diğ., 2014).

### #BabalarDa

Yeni baba olanların en az %8'i bir miktar doğum sonrası depresyonu yaşayabilir (Cameron ve diğ., 2017). Araştırmalar, annenin doğum sonrası depresyonunda olduğu gibi bu sendromun da çocuğun psikolojik gelişimini etkileyebileceğini göstermektedir (Gentile ve Fusco, 2017; Koh ve diğ., 2014).

## Modelleri Bütünleştirmek: Gelişimsel Psikopatoloji Bakış Açısı

Diğer psikolojik bozukluklarla ilgili açıklamalarında olduğu gibi gelişimsel psikopatoloji bakış açısının savunucuları, tek uçlu depresyonun bu bölüm boyunca incelediğimiz faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığını iddia ederler. Dahası bahsedilen bu faktörlerin gelişimsel bir sırayla ortaya çıktığına ve bir noktada kesiştiğine inanırlar, erken olumsuz faktörler genellikle daha sonra ortaya çıkacak olumsuzlukların ve nihayetinde de depresyonun ortaya çıkması için bir zemin oluştururlar. Ancak bazen ilerleyen dönemde meydana gelen olumlu gelişmeler, erken dönem olumsuz faktörlerin kalıcı etkisini dengeleyebilmektedir. Tek uçlu depresyona ilişkin, gelişimsel psikopatoloji açıklamaları araştırmalarca büyük ölçüde desteklenmiştir (Meng ve diğ., 2018; Lieberman ve Chu, 2016).

Biyolojik bulgularla tutarlı olacak şekilde gelişimsel psikopatologlar tek uçlu depresyona giden yolun genellikle kalıtsal bir yatkınlıkla başladığına inanırlar ki bu yatkınlık faktörleri belirli beyin yapılarındaki anahtar nörotransmitterlerin (serotonin ve norepinefrin) düşük aktivitesi, HHA stres yolunun aşırı tepkisel oluşu (bk. sayfa 178-179) ve depresyonla ilişkili beyin devresindeki işlev bozulmaları olarak sıralanabilir (Newman ve diğ., 2017; Bagot ve diğ., 2016). Bu bakış açısına göre araştırmacılar bu tür biyolojik yatkınlıkların, *bir de* yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen önemli kayıplar veya travmalar ve/veya ebeveynlerin depresyonu, reddedici veya tutarsız ebeveynlik davranışları gibi yetersiz ebeveynlikle birleşmesinin, büyük olasılıkla ilerleyen yaşlarda depresyonla sonuçlanacağını ortaya koymuşlardır (Dittrich ve diğ., 2018; Wang ve diğ., 2018). Yine başka araştırmalar, biyolojik faktörler ile çocukluk dönemi olumsuz deneyimlerinin birleşiminin, genellikle her biri depresyonla ilişkili bulunan, benlik algısında düşmeye, suçluluk duygusunun baskın olduğu bir mizaca, olumsuz düşünce tarzına, genellenmiş çaresizlik duygularına ve kişiler arası bağımlılığa yol açtığını göstermektedir. (Reinfjell ve diğ., 2016; Lau ve diğ., 2014). Gelişimsel psikopatologlara göre bu olumsuz gelişimsel süreçten geçen bireyler, yetişkin yaşamlarında stres, özellikle de kişiler arası stres deneyimlediklerinde depresyona girme olasılıkları yüksektir (Hammen, 2016; Morris ve diğ., 2014).

Bununla birlikte bir araya gelen faktörlerin bu oluşturduğu bu yol, ilerleyen yaşlardaki depresyona giden tek yol değildir. Gelişimsel psikopatoloji çalışmaları, ciddi çocukluk travmaları yaşayan veya yetersiz ebeveynleri olan kişilerin, ilerleyen dönemde yaşamsal stresler ile karşılaştıklarında, genetik yatkınlıkları olmasa bile, sıklıkla depresyona girebildiklerini göstermektedir (Nishikawa ve diğ., 2018; Mullins ve diğ., 2016). Görünüşe göre bu tür bulgular, ele alınan faktörlerin çoğu arasında iki yönlü ilişkinin var olmasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmalar, yaşamın erken dönemlerindeki önemli noktalarda şiddetli travmalara maruz kalmanın, travmatik deneyim öncesinde düzgün çalışıyor olsa bile, çocuğun HHA stres yolunu ve depresyonla ilişkili beyin devresini olumsuz yönde değiştirebileceğini ortaya koymuştur (Palagini ve diğ., 2019; Hammen, 2016).



© The New Yorker Collection 1995 Edward Koren from cartoonbank.com. All Rights Reserved.

*"Katia, doğru terapi ve ilacı bir arada kullandığımda seninle uzun süreli bir ilişki yaşayabileceğimi biliyorum."*

Bununla birlikte gelişimsel psikopatoloji bakış açısı tamamen karamsar ve olumsuz değildir. Olumsuz gelişimsel faktörlerin varlığı, kaçınılmaz olarak depresyona neden olmaz. Örneğin araştırmalar, çocuklukları boyunca orta düzeyde ve baş edilebilir zorluklara maruz kalan bireylerin, çoğu zaman dayanıklılık geliştirdiklerini ve yetişkinlikte yaşamsal streslerin yol açabileceği depresif etkilere karşı daha dayanıklı oldukları bulmuştur (Meng ve diğ., 2018; Oldehinkel ve diğ., 2014). Hatta bir çalışma, yaşamları boyunca orta düzeyde sıkıntıları tekrar tekrar yaşayan katılımcıların, yaşamlarında çok az zorlukla karşılaşan veya hiç zorluk yaşamayan katılımcılara göre önemli yaşam olayları karşısında depresyona girme olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir (Seery, Homan ve Silver, 2010).

## ...ÖZETLE

**TEK UÇLU DEPRESYON** Tek uçlu depresyonu olan insanlar sadece depresyondan muzdariptir. Depresyon belirtileri beş işlevsellik alanını kapsar: duygusal, motivasyonel, davranışsal, bilişsel ve fiziksel. Kadınların şiddetli tek uçlu depresyon yaşama olasılığı erkeklerden en az iki kat fazladır.

Biyolojik görüşe göre iki ayrı nörotransmitter olan norepinefrin ve serotoninin düşüklüğü, depresyonla bağlantılıdır. Stres durumlarında aşırı tepki veren HHA stres yolunun varlığı sonucu ortaya çıkan hormonal faktörler de depresyonda rol oynuyor olabilir. Ayrıca yapılan araştırmalar depresyonu prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve subgenual singulatı içeren beyin yapısındaki bir devrenin işleyişindeki anormalliklere ilişkilendirmiştir. Tek uçlu depresyon için biyolojik tedavilerin başında antidepresan ilaçlar gelir ancak birkaç beyin uyarımı tekniği de tedavide kullanılmaktadır.

Psikodinamik görüşe göre gerçek veya hayali kayıplar yaşayan bazı kişiler, geçmiş gelişim evrelerinden birisine gerileyebilir, kaybettikleri kişiyle özdeşim kurabilir ve sonunda depresyona girebilir. Psikodinamik terapistler, depresif kişilerin kayıplarını ve başkalarına karşı olan bağımlılıklarını fark etmelerine ve bunlarla çalışmalarına yardımcı olmayı amaçlar.

Bilişsel-davranışçı görüş depresyonu açıklamak için sadece davranışsal, sadece bilişsel veya davranışsal ve bilişsel ilkelerin birleşimini ele alır. Davranışsal tarafta model, insanların yaşamda aldıkları ödüllerin büyük ölçüde azalmasıyla depresyona girme olasılığı giderek artıyor. Bilişsel açıdan Beck'in olumsuz düşünme teorisi, işlevsel olmayan tutumların, bilişsel üçlünün, düşünce hatalarının ve otomatik düşüncelerin tek uçlu depresyona yol açtığını savunur. Ayrıca Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre insanlar, yaşamlarındaki pekiştireçler üzerindeki kontrolü kaybettiklerine inandıklarında ve bu kaybı içsel, genel ve sabit nedenlere bağladıklarında depresyona girerler. Bilişsel-davranışçı terapistler, danışanları hoş giden etkinliklerle yeniden tanıştırır, depresif olmayan davranışları pekiştirir, kişiler arası becerileri öğretir ve ayrıca danışanların işlevsiz bilişlerini değiştirmelerine yardımcı olur.

Sosyokültürel teoriler, tek uçlu depresyonun sosyal ve kültürel faktörlerden etkilendiğini öne sürer. Örneğin aile-sosyal teorisyenleri, sosyal desteğin azlığına işaret eder. Buna uygun olarak kişiler arası psikoterapi ve çift terapisi genellikle depresyonun tedavisi konusunda yardımcı olur. Çok kültürlü teoriler, depresyonun görünümünün ve yaygınlığının cinsiyete ve kültüre göre değişebileceğini, depresyon için kültüre duyarlı terapilerin ele almaya çalıştığı bir konu olduğunu kaydetmiştir.

Gelişimsel psikopatoloji perspektifi, tek uçlu depresyonun, çeşitli teoriler tarafından belirtilen faktörlerin bir bileşiminden oluştuğunu ve bu faktörlerin gelişimsel bir sırayla oluşup zamanla birbirleriyle kesiştiğini iddia eder..



Roberto Panucci/Getty Images

**Koşmak için doğmuş** "The Boss" yani Bruce Springsteen, arkasındaki mega ekrana görüntüsünün yansıtıldığı, biletleri tükenmiş bir konserde sahne alıyor. Springsteen 2016 yılındaki anılarında, şarkılarından biri olan Born to Run'da bize uzun depresyon geçmişini örneklendiriyor ve geçirdiği depresif ataklardan birini "Bir yük treni aşağı doğru ilerliyor gibi." diyerek tanımlıyor... Hızla yoldan çıkacak."

# İki Uçlu (Bipolar) Bozukluklar

Bipolar bozukluğu olan kişiler hem depresyonun düşüşlerini hem de manideki yükselmeleri yaşarlar. Pek çoğu kendi yaşamlarını, aşırı uçlardaki duygu durumları arasında gidip gelen duygusal bir hız trenine benzetir. Yaklaşık %10-15'i çoğunlukla yaşadıkları umutsuzluk hisleri yüzünden yaşamlarına son vermektedir (Suppes, 2018). Onların bu duygusal hız treni deneyimlerinin aile ve akrabalarıyla ilişkileri üzerinde de dramatik bir etkisi olur.

## Maninin Belirtileri Nelerdir?

Depresyonun kasvetinde boğulan insanların aksine manik durumda olan kişiler tipik olarak dramatik ve uygunsuz ruh hâlleri yaşarlar. Mani belirtileri depresyonla aynı işlevsellik alanlarını -*duygusal, motivasyonel, davranışsal, bilişsel* ve *fiziksel*- etkiler ancak maninin bu alanlara depresyonun tam tersi şekilde etki etmektedir. Manik dönemdeki bir kişi bir çıkış arayışı içinde aktif ve güçlü duygulara sahiptir. Öforik

**#ÇılgınBirBaşyapıt**

George Frideric Handel, Mesih'i bir manik atak sırasında bir aydan daha kısa bir sürede yazdı (Roesch, 1991)..



Scott S. Hamrick/KRT/Newscom

**"Anneler bazen ağlar"** Avukat ve sosyal hizmet uzmanı olan Loran Kundra, Pennsylvania'daki evlerinde kızıyla birlikte kitap okuyup gülüyor. Bipolar bozukluğu olan Kundra, psikolojik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarıyla bozukluklarını etkili bir şekilde konuşmalarına yardımcı olan Child and Family Connections adlı bir programın kurucu ortağı. Depresif bir dönem sırasında Kundra kendini kızına, "Bazen annen de tıpkı senin ağlayıp üzüldüğün gibi ağlar ve üzülür." diye açıklama yaparken buldu; bu, onu benzer ebeveynlik sorunları yaşan diğer kişilere ulaşmaya teşvik eden bir değişimdi.

taşkınlık ve iyilik hâli, kişinin hayatındaki gerçek olaylarla orantısızdır. Bununla birlikte manide olan herkeste mutluluk tablosu görülmeyebilir. Bazı kişiler, özellikle de diğer kişiler onların abartılı isteklerine karşı çıktığı durumlarda daha çok huzursuz ve sinirli olabilirler.

Manik dönemdeki kişiler, işlevsellik alanlarından biri olan motivasyon alanında sürekli heyecan arama, etkinliklere katılma ve insanlarla bir arada olma isteği içindeymiş gibi görünürler. Coşkuyla yeni ve eski arkadaşlarını arayıp bulurlar, yeni ve eski ilgi alanlarına yönelirler ve sosyal ilişkilerindeki bu tarzlarının bunaltıcı, baskıcı ve aşırı olduğuna dair farkındalıkları neredeyse yok denecek kadar azdır.

Manik dönemdeki insanlar, davranışlarında genellikle çok hareketlidir. Sanki yapmak istedikleri şeyleri yapmak için yeterli zamanları yokmuşçasına hızlı hareket ederler. Hızlı ve yüksek sesle konuşabilirler, konuşmaları şakalar ve zeki görünme çabaları ile dolu olabilir ya da tam tersi, sürekli bir şeylerden şikayet etme ve sözel dışavurumlar şeklindedir. Sıkça şaşalı hareketler görülür: dikkat çekici şekilde abartılı kıyafetler giyme, yabancılara yüklü miktarda para verme hatta tehlikeli aktivitelerde bulunmak gibi.

Bilişsel alanda manisi olan insanlar olası tehlikeleri düşünemeyecek gibi kendilerini iyi hisseder veya çok hızlı hareket ederler ve bu durumlarda genellikle düşünmeden ve plansızca hareket ederler. İyimserlikle dolup taşarlar; başkaları onları yavaşlatmaya, satın alma çılgınlıklarını durdurmaya veya düşünülmeden girişilen parasal yatırmalarını engellemeye çalıştığında nadiren karşıdakini dinlerler. Ayrıca kendileri hakkındaki tutumları abartılı olabilir ve bazen öz saygıları büyüklenmeciliğe yaklaşır. Bazı kişiler şiddetli mani ataklarında tutarlılığı sürdürebilmekte veya gerçeklikle bağlantılarını korumakta zorluk çeker.

Son olarak fiziksel alanda, manisi olan kişiler dışarından da dikkat çekecek ölçüde enerjik hissederler. Genellikle çok az uyumalarına rağmen kendilerini tamamen uyanık hissederler ve hareketlidirler (Suppes, 2018). Bir veya iki geceyi uyumadan geçirseler bile enerji seviyeleri yüksek kalabilir.

## İki Uçlu Bozukluk Tanısı

En az bir hafta boyunca süren, anormal derecede yüksek veya sinirli bir ruh hâli, enerji ve aktivitelerde artış ve diğer diğer mani belirtilerinden en az üçünü sergileyen kişiler tam *manik dönemde/epizod*da kabul edilir (bk. **Tablo 6-4**). Manik dönemler, sanrılar veya varsanılar gibi psikotik özellikleri bile içerebilir. Mani semptomlarının

### #YanlışÇağrı

Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaklaşık yüzde 70'ine başlangıçta bir doktor veya psikolog tarafından yanlış tanı koyulmaktadır (Statistic Brain, 2018).

şiddeti daha az olduğunda ise (İşlevsellikte de az bozulmaya neden olur.) kişinin hipomanik bir dönem geçirdiği söylenir.

DSM-5 bipolar bozukluğu iki türe ayırır: bipolar I ve bipolar II. **Bipolar I bozukluğu** olan kişilerde manik ve majör depresif dönemler net şekilde görülür. Çoğunda bu dönemler *birbirini izler*: örneğin haftalarca süren manik dönem, ardından iyilik dönemi ve ardından bir depresyon dönemi. Bununla birlikte bazı kişilerde aynı dönem içinde hem manik hem de depresif belirtilerin görüldüğü *karışık* giden bir seyir de olabilir -örneğin bir yandan yoğun üzüntü duyguları yaşanırken bir yandan da düşüncelerin birbiriyle yarışması gibi. **Bipolar II bozuklukta** hipomanik -yani manik belirtilerin hafif olduğu- dönemler zaman içinde yerini majör depresif ataklara bırakır. Bu döngüye sahip bazı kişiler, hipomani dönemleri sırasında çok büyük işler ortaya koyabilirler. (Bir sonraki sayfada ***Psikolojik Gözlem'e*** bakın.)

Her iki tür bipolar bozuklukta da kişiler tedavi görmediği takdirde duygu durum atakları tekrarlama eğilimindedir. Bir kişinin bir yıllık süre içinde dört veya daha fazla atak geçirmesi durumunda bozukluğunun hızlı döngülü olduğu kabul edilir. Bir kadın, birkaç yıl önce bir dergiye anonim olarak yazdığı bir yazıda hızlı döngüsünü aşağıdaki alıntıda görüldüğü şekliyle anlatıyor:

> *Ruh hâlim, gün içinde değişebilir. Sabah 10'da keyifsiz uyanabilirim ancak öğleden sonra 3'te duygu durumum yükselebilir ve kendimi çok heyecanlı hissedebilirim. Bir şeyler yapmanın enerjisiyle dolu olarak bir geceyi 2 saatten az uyuyarak geçirebilirim ama öğlen o kadar yorgun hissederim ki nefes almak bile zor gelir.*
>
> *Yükseklerdeki hâlim birkaç günden fazla sürdüğünde yaptığım harcamalar kontrol edilemez hâle gelebilir... Bazen normalden daha hızlı araba kullanırım, daha az uykuya ihtiyaç duyarım ve iyi konsantre olabilirim, hızlı ve doğru kararlar veririm. Böyle zamanlarda girişken, konuşkan ve eğlenceli, bazen odaklanmış, bazen dikkatim dağılmış bir hâlde olabilirim. Duygu durumumdaki bu yükselme devam ederse sıklıkla sevdiklerime karşı şiddet ve gerginlik tepkilerimin başlayacağını fark ediyorum...*
>
> *Düşüncelerim hızlanır... Çoğu zaman birkaç görevi aynı anda yerine getirebilmeyi isterim... Fiziksel olarak bakıldığında enerjim sınırsız görünebilir. Vücudum kolayca hareket eder, çok az yorgunluk hissederim veya hiç hissetmem. Böyle hissettiğimde bütün gün bisikletle dağ turuna gidebilirim ve duygu durumun bu seviyede kalmaya devam ederse ertesi gün hiçbir kasım ağrımaz ya da kasılmaz. Ama devam etmiyor, bu yükseliş evrelerim kısa sürüyor... Şiddetli depresyona veya karışık ruh hâli durumuna geçiş bazen dakikalar veya saatler içinde genellikle de günler içinde ortaya çıkıyor ve genellikle bir iyilik hâli dönemi olmaksızın haftalarca sürüyor...*
>
> *Başlangıçta düşüncelerim birbirinden ayrılıyor ve farklı yönlere kaymaya başlıyor... Başkalarının görünüşüm veya davranışlarım hakkında olumsuz yorumlar yaptığına inanmaya başlıyorum... Uykularım bozuluyor ve sık sık kâbuslarla uyanıyorum... Dünya daha kasvetli görünüyor... Yakında insanların yakınlığından iğrenir hâle geleceğim... En ufak görevden hatta olası görevlerden bile bunalacağım... Fiziksel olarak muazzam bir yorgunluk var: Kaslarım acıyla çığlık atıyor... İştahım tamamen kapanıyor...*
>
> *Kapana kısılmış gibi hissetmeye başlıyorum ve tek kurtuluş ölüm... Derin ve yoğun korku, umutsuzluk ve öfke zamanlarında sadece tek bir konuya tutkuyla bağlanıyorum: intihar... Son birkaç yıldır... bazı girişimlerde de bulundum...*
>
> *Sonra açıklanamaz bir şekilde ruh hâlim tekrar değişiyor. Yorgunluk, uzuvlarımdan ölü bir ağırlık gibi düşüyor, düşüncelerim normale dönüyor, ışık yoğun bir berraklık kazanıyor, çiçekler güzel kokmaya başlıyor ve ağzımın kenarı çocuklarıma gülümsemek için kıvrılıyor, kocam ve ben tekrar gülüyoruz. Bazen sadece bir günlüğüne olsa da ben yine kendim oluyorum, kötü bir rüyadan uyanmış gibi. Bu korkunç hastalığın bir atağını daha atlattım.*
>
> *(Anonymous, 2006)*

Dünyanın dört bir yanında yapılan araştırmalar, belirli bir zaman aralığında bakıldığında, tüm yetişkinlerin yüzde 1 ila 2,6'sının bipolar bozukluktan muzdarip olduğunu göstermektedir (NIMH, 2017; Kessler ve diğ., 2012). Yüzde 4'ü hayatlarının bir döneminde bipolar bozukluklardan birini deneyimliyor. Bipolar bozukluk kadınlarda ve erkeklerde eşit derecede yaygın olmakla birlikte düşük gelirli kişilerde yüksek gelirlilere göre daha sık görülmektedir (Bressert, 2018; Sareen ve diğ., 2011). Başlangıç yaşı genellikle 15 ila 44 arasındadır (Stovall, 2018). Tedavi edilmeyen vakaların çoğunda, manik ve depresif dönemler sonunda azalır ancak daha sonra yine tekrarlar.

**bipolar I bozukluk** Manik ve depresif dönemlerin tam olarak görüldüğü bipolar bozukluk türü.

**bipolar II bozukluk** Orta şiddetteki manik (hipomanik) dönem ve majör depresif dönemin bir arada görüldüğü bipolar bozukluk türü.

TABLO: 6-4

## Tanı İçin Kontrol Listesi

**Manik Dönem**

1. 1 hafta veya daha uzun bir süre boyunca kişide her günün ve günün çoğunda anormal, taşkın, kontrolsüz veya sinirli bir duygu durumun yanı sıra sürekli enerji veya aktivite artışı görülür.
2. Kişide ayrıca aşağıdaki belirtilerden en az üçü vardır: • Büyüklenme veya aşırı öz güven • Uyku ihtiyacında azalma •Konuşkanlıkta artma veya konuşmaya devam etme dürtüsü • Fikirlerin hızla değişmesi veya düşüncelerinin çok hızlı aktığı hissi • Birçok yönde dikkat çekici tavırların varlığı •Aktivitede artış veya hareketlerde ajitasyon •Riskli ve potansiyel olarak soruna yol açabilecek faaliyetlerle uğraşma.
3. Önemli ölücüde sıkıntıya yol açma veya işlevsellikte bozulma.

**Bipolar I Bozukluk**

1. Manik epizodun varlığı
2. Manik dönem öncesinde ya da onu takip eden ortaya çıkan hipomanik veya majör depresif dönemler.

**Bipolar II Bozukluk**

1. Majör depresif dönem(ler)in öyküsü ya da varlığı.
2. Hipomani dönem(ler)inin öyküsü veya varlığı
3. Manik dönem öyküsünün olmaması.

Bilgilerin alındığı kaynak: APA, 2013.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## Anormallik ve Yaratıcılık: İnce Bir Çizgi

Antik Yunanlılar, "ilahi delilik"in çeşitli biçimlerinin, şiirden tiyatroya kadar tüm yaratıcı eylemlere ilham verdiğine inanıyorlardı (Ludwig, 1995). Günümüzde bile birçok insan "yaratıcı bazı dâhiler"in psikolojik rahatsızlıklarının olduğuna inanır. Bir sanatçıya dair popüler bir görüntü resmedildiğinde bir bardak likör, bir sigara ve acı çeken bir ifade yer alır. Klasik örnekler arasında alkolizmden muzdarip ve depresyon için elektrokonvülsif terapi alan yazar William Faulkner; hayatının büyük bir bölümünde, depresyonda olan ve sonunda 31 yaşında intihar eden şair Sylvia Plath; şizofreni hastası olan ve akıl hastanelerinde uzun yıllar geçiren balerin Vaslav Nijinsky yer alır. Aslında bir dizi çalışma, sanatçıların ve yazarların belirli psikiyatrik bozukluklardan, özellikle bipolar bozukluktan muzdarip olma olasılığının diğerlerinden biraz daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (Vellante ve diğ., 2018; Collingwood, 2016).

Neden yaratıcı insanlar bu tür psikolojik rahatsızlıklara daha yatkın olabilir? Bazılarının, sanatsal kariyerlerine başlamadan çok önce bu tür rahatsızlıklara yatkınlığı olabilir (Vellante ve diğ., 2018; Simonton, 2010). Gerçekten de yaratıcı insanların ailelerinde psikolojik bozukluklara dair öyküye sıklıkla rastlanır (Kyaga ve diğ., 2013, 2011). Bazıları da çocukluk döneminde yoğun psikolojik travmaya maruz kalmıştır. Örneğin İngiliz yazar Virginia Woolf'un, çocukluğunda cinsel istismara uğradığı bilinmektedir.

Yaratıcılık ve psikolojik bozukluklar arasındaki bağlantıya ilişkin ikinci bir açıklama, yaratıcı mesleklerin psikolojik rahatsızlıkları olanlar için uygun bir ortam sunmasıdır. Örneğin şiir, resim ve oyunculuk dünyalarında duyguların dışa vurumu, olağandışı düşünme ve/veya kişisel kargaşa gibi özellikler ilham ve başarı kaynakları olarak değerlendirilir (Collingwood, 2016; Galvez ve diğ., 2011).




**Kanye'nin "süper gücü"** Hayranları arasında ve medyada olağan dışı davranışları, açıklamaları ve duygusal dışa vurumları nedeniyle yirmi birinci yüzyılın en beğenilen müzisyenlerinden biri olan Kanye West'in psikolojik durumu hakkında uzun süredir spekülasyonlar yapılmaktadır. West, 2018 albümü "Ye"nin, albüm kapağında (Burada gösterilmektedir.) şarkı sözlerinde ve tanıtım röportajları sırasında bipolar bozukluk tanısını ima ederek bazı psikolojik sıkıntıları olduğunu kabul etti. Bipolar bozukluğunun ortaya çıkardığı durumun, yaratıcılığını geliştirdiğini ve çalışması sırasında bir tür "süper güç" olarak kendisine hizmet ettiğini öne sürdü.

Duygusal kargaşa ve yaratıcılık arasındaki ilişki hakkında öğrenilecek çok şey var ancak bu alandaki çalışmalar şimdiden iki önemli noktayı netleştirdi. İlk olarak yaratıcılık için bir psikolojik rahatsızlığın varlığı pek de gerekli değildir. "Yaratıcı dâhiler"in çoğu aslında tüm yaşamları boyunca psikolojik olarak istikrarlı ve mutlu olan kişilerdir (Rothenberg, 2015; Kaufman, 2013). İkincisi, hafif şiddetteki psikolojik sorunlar daha şiddetli olanlara kıyasla, yaratıcılıkla gelen başarıyla daha güçlü bir ilişkiye sahiptir (Collingwood, 2016; Galvez ve diğ., 2011). Örneğin on dokuzuncu yüzyıl bestecisi Robert Schumann bir yıl boyunca süren hipomani döneminde 27 eser üretti ancak şiddetli depresyonda olduğu ve intihara meyilli olduğu yıllarda neredeyse hiç eser ortaya koyamadı (Jamison, 1995).

Bazı sanatçılar, psikolojik yönden çektikleri acı son bulursa yaratıcılıklarının da yok olacağından endişe eder. Bununla birlikte araştırmalar, ciddi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinin, yaratıcılığı arttırmada etkili olduğunu göstermektedir (Rothenberg, 2015; Ludwig, 1995). Romantik kavramlar bir yana ciddi ruh sağlığı sorunlarının yarattığı işlev bozulmalarını sanatta veya başka herhangi bir alanda telafi edecek yönü çok azdır.

Bazı insanlar, DSM-5'te *siklotimik bozukluk* olarak adlandırılan, çok sayıda hipomanik ve hafif depresif belirtinin olduğu bir örüntüye sahiptir. Bipolar bozukluğun daha hafifi olan bu formunun belirtileri, iki yıl veya daha fazla sürer. Ara sıra günler veya haftalar sürebilen iyilik haliyle kesintiye uğrar. Bu bozukluk, bipolar I ve bipolar II bozuklukları gibi genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlar ve cinsiyetler arasındaki yaygınlığı eşittir. Nüfusun en az yüzde 0,4'ünde siklotimik bozukluk görülür. Bazı durumlarda daha hafif belirtilerle ilerleyen bu tablo, sonunda bipolar I veya II bozukluğuna dönüşür (Zeschel ve diğ., 2015).

**siklotimik bozukluk** Sayısız sayıda tekrarlayan hipomanik ve hafif depresif belirtilerle ilerleyen bir bozukluk

## İki Uçlu Bozukluğa Neler Sebep Olur?

Yirminci yüzyılın ilk yarısı boyunca bipolar bozuklukların nedenine ilişkin yapılan araştırmalarda çok az ilerleme kaydedilmiştir. Daha yakın zamanda yapılan, biyolojik araştırmalar bazı umut sonuçlar ortaya koymaktadır. Biyolojik görüşler *nörotransmitter aktivitesi, iyon aktivitesi, beyin yapısı* ve *genetik faktörler* üzerine yapılan araştırmalara dayanmaktadır.

**Nörotransmitterler** Norepinefrinin *aşırı aktivitesi* mani ile ilişkili olabilir mi? Bu olasılık, 1960'larda araştırmacılar ilk kez düşük norepinefrin aktivitesi ile tek uçlu depresyon arasında ilişki bulduktan sonra ortaya çıkan bir beklentidir (Schildkraut, 1965) ve gerçekten de bazı araştırmalar, manisi olan kişilerin norepinefrin aktivitesinin, depresif olan veya kontrol grubunda yer alan katılımcılarınkinden daha yüksek olduğunu bulmuştur (Post ve diğ., 1980, 1978).

Serotonin aktivitesi, tek uçlu depresyondaki norepinefrin aktivitesiyle paralellik gösterdiği için kuramcılar da başlangıçta maninin yüksek serotonin aktivitesi ile ilişkili olabileceğini tahmin ettiler fakat bu ilişki tam olarak doğrulanamadı. Bunun yerine araştırmalar, depresyon gibi maninin de düşük serotonin aktivitesiyle bağlantılı olabileceğini düşündü (Nikolaus, Müller ve Hautzel, 2017; Nugent ve diğ., 2013). Belki de düşük serotonin aktivitesi, bir duygu durum bozukluğuna kapı açar ve hangi tür duygu durum bozukluğunun ortaya çıkacağını norepinefrin (veya belki diğer nörotransmitterlerin) aktivitesi belirler. Yani düşük norepinefrin aktivitesinin eşlik ettiği düşük serotonin aktivitesi, depresyona yol açabilirken yüksek norepinefrin aktivitesinin eşlik ettiği düşük serotonin aktivitesi maniye yol açabilir.



Don Emmert/AFP/Getty Images

**Açıkça söylemek** 31 Aralık 2017'de Times Meydanı'ndaki bu yılbaşı performansından birkaç ay sonra, şarkıcı ve söz yazarı Mariah Carey, neredeyse yirmi yıl önce teşhis konan bipolar bozukluğu nedeniyle tedavi gördüğünü açıkladı (Cagle, 2018). Carey, yıllarca "birinin beni ifşa edeceği korkusuyla" yaşadıktan sonra sonunda hikayemi paylaşmanın zamanının geldiğini biliyordum." Süperstarın bu açıklaması ve olumlu bakış açısı, ruh sağlığı aktivistlerinden büyük övgü aldı.

**İyon Aktivitesi** Nörotransmitterler, nöronlar *arasındaki* iletişimde önemli bir rol oynarken *iyonlar*, nöron *içindeki* mesajın iletilmesinde kritik bir rol oynuyor gibi görünmektedir. Yani iyonlar, nöronun aksonundan sinir uçlarına mesajların iletilmesine yardımcı olur. Pozitif yüklü sodyum iyonları (Na+), bir nöronun hücre zarının her iki tarafında bulunur. Nöron ateşlenmemişken zarın dışında daha fazla sodyum iyonu bulunur. Nöron önceki bölgelerinden gelen bir mesajı aldığında hücre zarındaki gözenekler açılır, sodyum iyonlarının zarın içine akmasına izin verir, böylece nöron içindeki pozitif yük artar. Bu, nöron boyunca ilerleyen ve nöronun "ateşlenmesi" ile sonuçlanan bir elektriksel aktivite dalgası başlatır.

Mesajların aksondan aşağıya etkili bir şekilde iletilebilmesi için iyonların nöron zarının dışı ve içi arasında kolayca geçiş yapabilmesi gerekir. Bazı araştırmalar, bipolar bozukluğu olan kişilerde iyonların taşınmasındaki düzensizliklerin nöronların çok kolay ateşlenmesine (maniye yol açarak) veya ateşlemeye direnç göstermesine (depresyona yol açarak) neden olabileceğini ileri sürmektedir (Gottschalk ve diğ., 2017).

**Beyin Yapısı** Beyin görüntüleme ve kadavra çalışmaları, bipolar bozukluğu olan kişilerin beyin yapılarında bir dizi anormalliğe işaret etmektedir (Ivleva ve diğ., 2017; Eker ve diğ., 2014). Örneğin bu insanların hipokampusu, bazal ganglionları ve beyincikleri diğer insanlara göre daha küçük olma eğilimindedir; beyinlerindeki gri madde miktarı daha azdır; rafe çekirdekleri, striatum, amigdala ve prefrontal kortekslerinde bazı yapısal anormallikler bulunmaktadır (Dusi ve diğ., 2019; Sun ve diğerleri, 2018; Janicak, 2017). Bu tür anormalliklerin bipolar bozukluklarda nasıl bir rol oynadığı henüz çok net değildir. Bazı araştırmacılar, bipolar bozuklukla ilişkili beyin devresi boyunca işlev bozukluğunun olabileceğine inanmaktadır (Gong ve diğ.,2019). Ayrıca daha önce okuduğunuz, beynin depresyonla ilgili devresinin bipolar bozuklukta da rol oynayabileceğine dair görüşler bulunmaktadır (bk. sayfa 180).

**Genetik Faktörler** Birçok kuramcı, bipolar bozukluğun biyolojik yatkınlıkla yani kalıtsal olarak geçtiğine inanmaktadır (Stovall, 2018). Aile soyağacı çalışmaları bu fikri desteklemektedir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin tek yumurta ikizleri kardeşlerinde aynı bozukluğun görülme olasılığı yüzde 40 ila 70 olup bu kişilerin ayrı yumurta ikizleri, ikiz olmayan kardeşleri ve yakın akrabalarında bu oran yüzde 5 ila 10 arasındadır. Genel popülasyondaki oran ise yüzde 1 ila 2,6 olarak belirlenmiştir.

Araştırmacılar ayrıca geniş ailelerde olası genetik faktörleri daha doğrudan inceleyebilmek amacıyla *moleküler* biyoloji tekniklerinden yararlanmaktalardır. Bu çalışmalar sonucunda bipolar bozukluklar ile 1, 4, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 21 ve 22 kromozomlarındaki genler arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Charney ve diğ., 2017; Bigdeli ve diğ., 2013). Bu tür geniş kapsamlı çalışma bulguları, bir dizi genetik

#

## #Yüksekrisk

Yaşlı erkeklerin çocuklarında (çocukları doğduğunda 45 yaş üstü olanlar) genç erkeklerin çocuklarına (20-24 yaş) göre bipolar bozukluk görülme riski 6 kat daha fazladır. Peki niye? Bir görüş, erkekler yaşlandıkça sperm hücrelerinin üretimi sırasında genetik mutasyonların artmasıdır (Stovall, 2018; Chudal ve diğ., 2014).



Alexander Joe/Getty Images

**Dünyanın gözü üzerindeyken** 2013 yılından kalma bu fotoğrafta dönemin Başkanı Barack Obama, Güney Afrika'nın eski başkanı Nelson Mandela'nın anma töreninde, işaret dili tercümanının (sağda) yanında bir konuşma yapıyor. Bununla birlikte tercümanın yaptığı işaretlerin anlamsız ve anlaşılmaz oluşu, dünyanın her yerinden insanı alarma geçirdi ve şaşırttı. Tercüman bu etkinliğin sonrasında, o konuşma sırasında sesler duyduğunu ve melekler gördüğünü, bipolar bozukluk ve/veya şizofreni bozukluğu belirtileri nedeniyle bu belirtilen konuşma sırasında böyle davrandığını itiraf etti.

anormalliğin bir araya gelmesi, muhtemel bir bipolar bozukluğun ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

## İki Uçlu Bozukluk İçin Tedaviler Nelerdir?

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına kadar bipolar bozukluğu olan insanlar hayatlarını duygusal açıdan bir hız trenindeymiş gibi geçirmeye mahkûmdu. Psikoterapistler neredeyse hiç başarı elde edilemediğini belirtiyorladı ve bu dönemde kullanılan antidepresan ilaçların da etkisi sınırlı oldu. Hatta kullanılan ilaçların bazen manik dönemi bile tetiklediği oluyordu (Stovall, 2018).

**Lityum ve Diğer Duygu Durum Düzenleyiciler** Bu karamsar tablo, 1970 yılında FDA'nın, doğadaki çeşitli mineral tuzlarda bulunan gümüşi beyaz bir element olan **lityum**un bipolar bozukluğun tedavisi için kullanımını onaylamasıyla önemli ölçüde değişti. O günden beri karbamazepin (Tegretol), valproat (Depakote) ve bazı antipsikotik ilaçlar da dâhil olmak farklı **duygu durum düzenleyiciler** veya **antibipolar ilaçlar** geliştirildi ve bunların bir çoğu, daha az yan etki yaptıkları ya da lityumdan daha etkili oldukları için lityumdan daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

Yine de bipolar bozukluktan muzdarip olan kişiler için ilk umut ışığı lityumdur. Psikiyatri araştırmacısı Kay Redfield Jamison, çok okunan anılarının yer aldığı *An Unquiet Mind* adlı kitabında, psikoterapiyle birlikte kullandığı lityum tedavisinin, bipolar bozukluğun üstesinden gelmesini nasıl sağladığını anlatıyor:

> *[Lityumu] düzenli şekilde kullandım ve hayatın tahmin ettiğimden çok daha istikrarlı ve daha öngörülebilir bir yer olduğunu gördüm. Hâlâ yoğun bir duygu durumu yaşıyordum ve tepkilerim oldukça hızlı dalgalanıyordu ancak çok daha net planlar yapabiliyordum ve zifirî karanlık dönemlerim daha seyrek ve daha hafif geçiyordu...*
>
> *Varlığımın bu noktasında lityum almadan ve de psikoterapinin faydalarını görmeden normal bir hayat sürebilmeyi hayal edemiyorum. Lityum, karşı konulamaz ama felaketle sonuçlanan yükselmelerimi engelliyor, bunalımımı azaltıyor, düzensiz düşüncelerimdeki çer çöpü temizliyor, beni yavaşlatıyor, beni yumuşatıyor, kariyerimi ve ilişkilerimi mahvetmeme engel oluyor, hastane yatışlarımı önlüyor, hayatta kalmamı sağlıyor ve psikoterapiyi mümkün kılıyor. [Aynı zamanda] anlatması güç bir şekilde psikoterapi iyileştiriyor. Karışıklığa bir anlam veriyor, korkunç düşünce ve duyguları dizginleyerek kontrol, umut ve hepsinden bir şeyler öğrenme olasılığı tanıyor... Hiçbir ilaç, ilaç kullanmayı istememe sorunuma yardım edemez, aynı şekilde hiçbir psikoterapi tek başına benim mani ve depresyon ataklarımı önleyemez. İkisine de ihtiyacım var...*
>
> *(Jamison, 1995)*

**lityum** Doğada mineral tuz olarak bulunan ve bipolar bozukluklar için etkili bir tedavi olan metalik bir element.

**duygudurum düzenleyici ilaçlar** Bipolar bozukluktan muzdarip insanların ruh hâllerini dengelemeye yardımcı olan psikotrop ilaçlar. Antibipolar ilaçlar olarak da bilinir.

Pek çok araştırma, *manik* atakların tedavisinde lityum ve diğer duygu durum düzenleyicilerin etkinliğini doğrulamıştır (Stovall, 2018). Mani hastalarının yüzde 60'ından fazlası bu ilaçlar sayesinde iyileşmektedir. Ek olarak bu tür hastaların çoğunda ilaçları almaya devam ettikleri sürece ataklar daha az tekrarlar (Malhi ve diğ., 2013). Bir çalışmada hastalar duygu durum düzenleyici almayı bıraktığında nüks riskinin 28 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Suppes ve diğ., 1991). Bu bulgular, duygu durum düzenleyicilerin aynı zamanda semptomların gelişmesini önlemeye yardımcı olan profilaktik ilaçlar olduğunu göstermektedir. Bu nedenle klinisyenler günümüzde manik dönemleri geçtikten sonra bile hastalarını genellikle bir duygu durum düzenleyici ilaca devam etme konusunda desteklemektedir (Post, 2017).


Rick Rowell/ABC via Getty Images

**Güçlü öykü kurgusu** Popüler pembe dizi General Hospital'da aktör Maurice Bernard izleyicilerin aklında kalacak şekilde değişken, dürtüsel ve öngörülemez bir mafya babası olan Sonny Corinthos'u (solda) canlandırıyor. Bu karakterin temel özelliklerinden biri de davranışları, kararları ve ilişkilerini büyük ölçüde etkileyen bipolar bozukluğunun varlığı. İlginç bir şekilde, Bernard'ın kendisi de gerçek yaşamında, ilk kez 22 yaşında tanı aldığı bipolar bozukluğa sahip.

Bu konuda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmada, duygu durum düzenleyicilerin bipolar bozukluğu olan kişilere manik dönemleri önleme konusunda olduğu kadar değilse de depresif dönemlerinin üstesinden gelmelerine de yardımcı olduğunu göstermektedir (Stovall, 2018; Malhi ve diğ., 2013). İlaçların depresif ataklar üzerindeki sınırlı etkisi göz önüne alındığında araştırmalar antidepresanların bazı hastalarda manik atakları tetikleyebileceğini öne sürse de birçok klinisyen bipolar depresyonu tedavi etmek için duygu durum düzenleyiciler ve antidepresan ilaçları birlikte kullanma eğilimindedir (Stovall, 2018).

Araştırmacılar, duygu durum dengeleyici ilaçların bipolar bozukluk belirtilerini nasıl azaltabildiğini tam olarak anlamış değiller (Janicak, 2017). Bir olasılık, ilaçların nöronlardaki sinaptik aktiviteyi, antidepresan ilaçlardan farklı bir şekilde değiştiriyor oluşudur. Bir nöronun ateşlenmesi aslında ışık hızında gerçekleşen birkaç aşamadan oluşur. Nörotransmitter alıcı nörondaki bir reseptöre bağlandığında alıcı nöronda ateşleme aşamasını ayarlamak için bir dizi değişiklik meydana gelir. Nörondaki bu değişiklikleri gerçekleştiren maddelere genellikle *ikinci haberciler* denir çünkü orijinal mesajı alıcı bölgeden nöronun ateşleme mekanizmasına iletirler. (Nörotransmitterin kendisi ilk haberci olarak kabul edilir.) Antidepresan ilaçlar bir nöronun ilk nörotransmitter alımını etkilerken duygu durum düzenleyicileri bir nöronun ikinci habercilerini etkiliyor gibi görünmektedir.

Benzer bir şekilde lityum ve diğer duygu durum düzenleyici ilaçların bazı hücrelerde bulunan ve görevi hücre ölümünü önlemek olan başta *beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF)* adı verilen bir protein olmak üzere bazı proteinlerin üretimini artırdığı da olmuştur. Bu ilaçlar, bu tür hücrelerin sağlığına iyi gelebilir ve işleyişine yardımcı olabilir ve böylece bipolar bozukluğun belirtilerini azaltabilir (Malhi ve diğ.,2013; Gray ve diğ., 2003).

Son olarak lityum ve diğer duygu durum düzenleyiciler beyindeki anahtar yapıların işleyişini veya bunlar arasındaki iletişimi geliştirerek bipolar bozukluk belirtilerini azaltabilir (Altinay, Karne ve Anand, 2018). Bu olasılığı destekler şekilde, lityumun aslında bipolar hastalarda hipokampus boyutunu ve gri madde miktarını artırdığı bulunmuştur (Sun ve diğ., 2018; Janicak, 2017). Önceki kısımlarda gördüğünüz, bipolar bozukluğu olan kişilerin diğer anormalliklerin yanı sıra diğer insanlardan daha küçük bir hipokampusa ve daha düşük miktarda gri maddeye sahip olduğu bilgisini hatırlayın.

**Psikoterapinin Dâhil Edilmesi** Jamison'un anılarında belirttiği gibi psikoterapinin bipolar bozukluğu olan kişiler için tek başına işe yaraması pek mümkün değildir. Klinisyenler ayrıca duygu durum dengeleyici ilaçların da tek başlarına her zaman yeterli olmadığını bulmuşlardır. Bu bozukluğa sahip olan kişilerin yüzde otuz veya daha fazlası, lityum veya benzeri bir ilaçtan fayda görmeyebilir, uygun dozu alamayabilir veya ilacı kullanırken nüks yaşayabilir. Buna ek olarak bireyler, ilaçların yan etkilerinden rahatsız oldukları, ilaca olan ihtiyacı fark edemeyecek kadar iyi hissettikleri, manik dönemdeki iyilik hâlinden mahrum kalacakları veya ilaçları aldıkları müddetçe yaratıcılıklarının azalacağı gibi nedenlerle ilaçları almada isteksiz olabilirler (Vieta & Colom, 2017).

Bu problemler ışığında, birçok klinisyen artık duygu durum dengeleyici ilaçlara *ek olarak* bireysel terapi, grup veya aile terapisini kullanmaktadır (Chu ve diğ., 2018; Post, 2017). Çoğu zaman terapistler bu terapi formatlarını, ilaç almaya devam etmenin

## #DayanılmazŞekilde Yazma İsteği

*Hipergrafi* yazı yazmaya karşı dayanılmaz bir istek duyma durumudur. Nadir görülen bu soruna sahip olan insanlar, yalnızca defterleri veya bilgisayar ekranlarını doldurmakla kalmaz, aynı zamanda kendi ciltleri de dahil olmak üzere alışılmadık yüzeyleri ısrarla bularak sürekli yazı yazarlar. Tanımlanan bu sorun bipolar bozukluklar, temporal lob epilepsisi ve şizofreni ile ilişkilendirilmiştir. Bu soruna sahip kişiler arasında ünlü yazar Fyodor Dostoyevski ve ressam Vincent van Gogh yer almaktadır.

## #ÖzlüSözler

"Kendi gölgenizden kaçamayacağınız gibi delilikten de kaçamazsınız."
—Alyssa Reyans, Bipolar Anneden Mektuplar

önemini vurgulamak; bipolar ataklardan olumsuz şekilde etkilenebilecek sosyal beceri ve ilişkileri geliştirmek; danışanları ve ailelerini bipolar bozukluklar konusunda eğitmek; danışanların, bozukluklarının neden olduğu aile, okul ve mesleki sorunları çözmelerine yardımcı olmak ve hastaların intihara teşebbüs etmesini önlemeye yardımcı olmak amacıyla kullanırlar. Araştırmalar bu tür terapilerin, bipolar bozukluğa sahip bireylerin ilaçlarını düzgün bir şekilde almaya devam etme olasılığını en az iki katına çıkardığını; hastaneye yatışları azaltmaya, sosyal işlevselliği artırmaya ve hastaların bir iş bulma ve o işi sürdürme konusundaki becerilerini artırmaya yardımcı olduğunu bulmuştur (Vieta & Colom, 2017; Culver & Pratchett, 2010).

## ...ÖZETLE

**BİPOLAR BOZUKLUKLAR** Bipolar bozukluklar, birbirinin peşi sıra gelen veya birbirinin içine geçmiş dönemler şeklinde manik ve depresif ataklarla ilerler. Bu bozuklukların yaygınlığı, tek uçlu depresyona göre çok daha azdır. Bipolar I, bipolar II veya siklotimik bozukluk olmak üzere farklı şekillerde olabilirler. Mani, nörotransmitter aktivitesindeki düzensizlikler, iyon taşınımındaki uyumsuzluklar veya önemli beyin yapılarındaki anormallikler ile ilişkili olabilir. Genetik araştırmalar, insanların bu biyolojik anormalliklere yatkınlığı kalıtım yoluyla edinebileceklerini göstermektedir. Lityum ve diğer duygu durum düzenleyici ilaçların bipolar bozuklukların tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Hastalar, duygu durum dengeleyici ve/veya diğer psikotrop ilaçlara ek olarak uygulanan psikoterapi yaklaşımları ile tedavi edildiğinde daha iyi sonuçlar elde edilmektedir.

# Bildiklerimizi Anlamlandırmak

Son 50 yılda araştırmacılar, depresif ve bipolar bozuklukların anlaşılması ve tedavisinde önemli kazanımlar elde ettiler. Bu bozukluklar, şu anda tüm psikolojik bozukluklar arasında en iyi tedavi edilebilir olanları arasındadır. Bipolar bozukluklar için tedavi seçimi sınırlı ve basittir: Psikoterapinin eşlik edebildiği ilaç tedavisi en başarılı tedavi yaklaşımdır. Tek uçlu depresyon tablosu da daha çeşitli ve karmaşık olsa da bipolar bozuklukta olduğu kadar etkili sonuçlar vermektedir. Bilişsel-davranışçı terapi, kişiler arası terapi, çift terapisi, ilaçlar ve beyin uyarımına dayanan tedavilerin her biri etkili olabilmektedir.

Biyolojik anormallikler, olumlu pekiştireçlerde azalma, olumsuz düşünme biçimleri, çaresizlik algısı, yaşamsal stres ve diğer sosyokültürel etkiler gibi birçok faktör tek uçlu depresyonla yakından ilişkilidir. Gerçekten de diğer birçok psikolojik bozuklukta olmadığı kadar çok sayıda faktör, tek uçlu depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Gelişimsel psikopatoloji teorisyenleri ve araştırmacıları, bu farklı faktörleri bir araya getirmeye çalışarak önemli ve umut verici bir iş çıkarmış olsalar da tüm bu faktörlerin tek uçlu depresyonla nasıl ilişkisi olduğu hala tam olarak net değildir.

Tek uçlu depresyonda olduğu gibi klinisyenler ve araştırmacılar son 50 yılda bipolar bozukluklar hakkında çok şey öğrendiler. Ancak bipolar bozukluklar için öne sürülen en iyi açıklamanın, biyolojik faktörlere odaklanılan yaklaşımlar tarafından yapıldığı görülmektedir. Kanıtlar, belki kalıtsal olarak gelen ve belki de yaşamsal stresler tarafından tetiklenen biyolojik anormalliklerin bipolar bozukluklara neden olduğunu göstermektedir. Diğer faktörlerin oynadığı roller ne olursa olsun, birincil açıklamanın bu alanda yattığı görülmektedir.

Depresif ve bipolar bozukluklarla ilgili araştırmaların verimli ve aydınlatıcı olduğuna dair şüphe yok ve önemli araştırma bulgularının önümüzdeki yıllarda ortaya çıkmaya devam edeceği beklentisi de oldukça gerçekçi bir beklenti. Artık klinik araştırmacılar yapbozun pek çok önemli parçasını bir araya getirdiklerine göre bu bozuklukları öngörmenin, önlemenin ve tedavi etmenin daha da iyi yollarını bulmaları ile parçaları birleştirerek daha da anlamlı bir resim elde etmeleri gerekmektedir.



### KLİNİK TERCİHLER

Artık duygu durum bozuklukları hakkında bilgi edindiğinize göre bu bölümdeki etkileşimli vaka çalışmasını yapmayı deneyin. John'un belirtilerini tanımlayıp tanımlayamayacağınıza bakın ve belirtilere uygun bir tanı düşünün. John için en etkili tedavi türü hangisi olurdu?
***Klinik Tercihlere*** erişmek için **Başlangıç** Çubuğuna gidin.

## Anahtar Terimler

depresyon, s. 173
mani, s. 173
depresif bozukluklar, s. 173
tek uçlu depresyon, s. 173
bipolar bozukluklar, s. 174
anhedoni, s. 175
majör depresif bozukluk, s. 176
kalıcı depresif bozukluk, s. 176
adet öncesi disforik bozukluk, s. 177
Yıkıcı duygu düzenleme bozukluğu, s. 177
norpinefrin, s. 178
kortizol, s. 178
depresyonla ilişkili beyin devresi, s. 179
subgenual singulat, s. 180
MAO inhibitörleri, s. 181
tiramin, s. 181
trisiklikler, s. 183
seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs), s.184
beyin uyarımı, s. 184
elektrokonvülsif terapi (EKT), s. 184
vagal sinir uyarımı, s. 185
transkraniyal manyetik uyarım (TMS), s. 186
derin beyin uyarımı (DBS), s. 186
sembolik kayıp, s. 187
bilişsel üçlü, s. 189
otomatik düşünceler, s. 190
ruminasyon, s. 191
öğrenilmiş çaresizlik, s. 191
davranışsal aktivasyon, s. 193
bilişsel terapi, s. 193
kişiler arası psikoterapi (KAP), s. 196
çift terapisi, s. 197
gelişimsel psikopatoloji, s. 200
hipomanik epizot, s. 202
bipolar I bozukluğu, s. 203
bipolar II bozukluğu, s. 203
siklotimik bozukluk, s. 204
iyonlar, s.205
lityum, s. 206
duygu durum düzenleyici ilaçlar, s. 206
ikinci haberciler, s. 207
BDNF, s. 207
psikoterapinin dâhil edilmesi, s. 207

## Hızlı Kısa Sınav

1. Depresif ve bipolar bozukluklar arasındaki fark nedir? *s. 173-174*
2. Depresyon ve maninin temel belirtileri nelerdir? *s. 174-175, 201-202*
3. Tek uçlu bozuklukta norepinefrin, serotonin ve depresyonla ilişkili beyin devresinin rolünü açıklayın. *s. 178-180*
4. Freud ve Abraham'ın depresyon için öne sürdükleri psikodinamik teorilerini ve onu destekleyen kanıtları açıklayın. *s. 187-188*
5. Bilişsel davranışçı kuramcılar, depresyonda ödüllerin, negatif düşünmenin ve öğrenilmiş çaresizliğin rolünü nasıl tanımlar? *s. 188-192*
6. Bilişsel davranışçı terapistler tek uçlu depresyonun tedavisinde hangi yaklaşımları kullanırlar? *s. 192-195*
7. Sosyokültürel teorisyenler tek uçlu depresyonu nasıl açıklar? *s. 195-199*
8. Gelişimsel psikopatoloji kuramcıları, tek uçlu depresyonu açıklamaya yardımcı olmak için farklı kuramlardan gelen farklı faktörleri ve kavramları nasıl bütünleştirirler? *s. 200*
9. Bipolar bozuklukta biyolojik ve genetik faktörler nasıl bir rol oynar? *s. 204-205*
10. Tek uçlu depresyon ve bipolar bozukluklar için önde gelen tedavi yaklaşımlarını tartışın. Bu yaklaşımlar ne kadar etkilidir? *s. 181-188, 192-197, 199, 206-208*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM 7

# ...İntihar

*Irak'taki savaş, Jonathan Michael Boucher için hiç bitmemişti. Bağdat'tan eve döndüğünde de bitmedi, yeni bir başlangıç yapmak için Saratoga Springs'e taşındığında da veya özellikle gün akşam olduğunda da...*

*2003'teki Irak işgali sırasında, 18 yaşında Irak'ta bir asker olarak yaşadıklarından dolayı memlekete döndüğünde Boucher'a travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) teşhisi kondu ve iki yıldan kısa bir süre sonra ordudan onurlu bir şekilde terhis oldu.*

*15 Mayıs'ta, 24. doğum gününden üç gün önce genç gazi, arkadaşlarını ve ailesini hayrete düşürecek şekilde dairesinin banyosunda intihar girişiminde bulundu [ve öldü]... Ardında herhangi bir not bırakmamıştı...*

*Johnny Boucher, 2002'de Connecticut'taki East Lyme Lisesinden mezun olduktan hemen sonra 11 Eylül 2001'deki terörist saldırısından duygusal olarak etkilendiği için orduya katıldı. 50 yaşındaki babası Steven Boucher, "Amerika için elinden geleni yapmayı kendisi için bir görev olarak görüyordu." dedi.*

*Askere gittikten kısa bir süre sonra 1,80 cm boyundaki asker, "Kurt Sürüsü" adı verilen 1. Tabur, 41. Sahra Topçu Birliği'ne atandı ve Irak'ın kuzeyinde çatışmalara katıldı. Birliğiyle birlikte Bağdat Uluslararası Havalimanı'na gitti ve oradaki birliklerin korunmasından sorumluydu. Tabur, "Bağdat'ın kurtuluşunda gösterdikleri olağanüstü cesaret ve kahramanlık" için bir Başkanlık Onur Ödülü aldı.*

*Ancak Johnny Boucher, savaşın daha ilk aylarında bile savaşın pek çok sahnesini zihnine kazımıştı. Örneğin kafasından vurulmuş ölü babasını tutan Iraklı genç bir çocuğu gördüğünde perişan olmuştu. Boucher'ın babası, oğlunun daha sonra oradaki havalimanına yakın bir yerde, askerî birlikteki dört yakın arkadaşından birinin görevden alınması olayına ve ardından bu dört arkadaşının da bir araç kazasında öldüğüne şahsen şahit olduğunu söyledi.*

*Boucher, orada çatışmalarda askerleri kurtarma çalışmalarına yardımcı da olmuştu. Babası, oğlunun eve döndükten sonra herkese karşı duyarlı ve vatansever gibi davrandığını ancak oradaki askerlerin ölümlerinin ve Irak'ta gördüğü diğer olayların, ruhunu çok derinden etkilediğini söyledi...*

*Ancak akşam olup güneş battığında savaş ve kaybettiği arkadaşlarının hatıraları zirveye çıkardı ve eski sahra topçusu olan bu askerin şiddetli kâbuslar görmesine neden olurdu. Bazen bir top gibi kıvrılıverir ve ağlardı, bu durumu gören anne babası onu rahatlatmaya çalışırdı... Steven Boucher, "Gece vakti lanetlenmiş bir zaman dilimiydi onun için." derdi. "Sanırım savaş yüzünden lanetliydi bu zamanlar." Savaşla ilgili karamsarlık oğlunun hayatını ele geçirmişti ve eski asker kendini sakinleştirmek için alkol almaya başladı. . . .*

*Aslında çok sevdiği kocaman bir aile tarafından da destek görüyordu... Johnny Boucher kısa süre önce Franklin Caddesi'nde kiraladığı kendi evinde yaşamaya başladı ve eski normal hâline dönüyor gibi görünüyordu. Sakin ve hayattan zevk alıyor gibi görünüyordu. Fakat gerçeği tam olarak bilmek zordu çünkü geceleri hâlâ uyumaktan çekinirdi, dedi babası. Yürüyüşler yapmak, kendi doğum günü partisini organize etmek ve kardeşi Jeffrey'in okul mezuniyetine katılma planları da vardı... Sonra Johnny Boucher birdenbire göçüp gitti. Annesi onu iki gün işe gelmediği için kontrol etmek istediğinde evde buldu; kendini asmıştı, yanında ise İncil, askerî üniforması ve bir melek heykeli vardı...*

*(Yusko, 2008)*

Somon balığı, akıntıya karşı ve nehrin yukarısındaki üreme alanına doğru yorucu bir şekilde yüzdükten sonra yumurtlar ve ölür. Bazı yabani sıçanlar hızla denize koşar ve boğulur. Ancak sadece insanlar bilerek intihar eder, kendi canlarına kıyarlar. Somon balıklarının ve yaban sıçanların eylemleri, türlerinin uzun vadede hayatta kalmasına yardımcı olabilecek içgüdüsel tepkiler olarak görülebilir. Sadece insanlar, yaşamlarına son vermek için belirli bir amaç doğrultusunda hareket ederler.

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- İntihar Nedir?
  - İntihara Dair Araştırmalar Nasıl Yapılıyor?
  - İntihar Örüntüleri ve İstatistikler
- Bir İntiharı Ne Tetikler?
  - Stresli Olaylar ve Durumlar
  - Duygudurum ve Düşünce Değişiklikleri
  - Alkol ve Madde Kullanımı
  - Zihinsel Rahatsızlıklar
  - Model Olma: İntiharın Bulaşıcılığı
- İntiharın Temel Nedenleri Nelerdir?
  - Psikodinamik Yaklaşım
  - Durkheim'ın Sosyokültürel Yaklaşımı
  - Kişiler Arası Yaklaşım
  - Biyolojik Yaklaşım
- İntihar Yaş ile İlişkili mi?
  - Çocuklar
  - Ergenler
  - Yaşlılar
- İntihar ve Müdahaleler
  - İntihar Teşebbüsü Sonrasında Hangi Müdahaleler Kullanılır?
  - İntiharı Önleme Nedir?
  - İntiharı Önleme Programları İşe Yarıyor mu?
- Psikolojik ve Biyolojik Yaklaşımların Geride Kalması

TABLO: 7-1

**Amerika'da En Yaygın Ölüm Nedenleri**

| Sıralama | Neden | Yıllık Ölüm Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Kalp hastalığı | 614,348 |
| 2 | Kanser | 591,699 |
| 3 | Kronik solunum hastalıkları | 147,101 |
| 4 | Kazalar | 136,053 |
| 5 | İnme | 133,103 |
| 6 | Alzheimer | 93,541 |
| 7 | Şeker hastalığı | 76,488 |
| 8 | Zatürre ve grip | 55,227 |
| 9 | Böbrek hastalıkları | 48,146 |
| 10 | İntihar | 42,773 |

Bilgi kaynağı: CDC, 2017.

İntihar, insanlığın ilk dönemlerinden bu yana söz edilen bir olgudur. Eski Ahit, Kral Saul'un intiharını şöyle anlatır: "Orada Saul kendi kılıcının üzerine atladı." Eski Çinliler, Yunanlılar ve Romalılar da intihar olaylarından söz eder. Daha yakın zamanlarda yazar Ernest Hemingway, aktris Marilyn Monroe, rock yıldızı Kurt Cobain ve komedyen Robin Williams gibi ünlü kişilerin intiharları insanları hem şoke etmiş hem de çok etkilemiştir.

Günümüzde intihar, dünyadaki önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Örneğin siz, bu ve bir sonraki sayfayı okumayı bitirene kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde biri intihar etmiş olacak. Aslında, yarın bu saatlere kadar en az 100 Amerikalı kendi canına kıymış olacak.

Her yıl, yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde 42.000'den fazla kişi olmak üzere 1 milyon kişinin intihar sonucu öldüğü tahmin edilmektedir (AFSP, 2018; CDC, 2017) (bk. **Tablo 7-1**). Tüm dünyada toplamda yaklaşık 25 milyon kişi -Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 650.000 kişi- kendini öldürmek için başarısız da olsa girişimde bulunur, bu tür girişimlere ***parasuisid*** (ölümle sonuçlanmayan girişimler -hızlı araba kullanmak, aşırı madde almak gibi) denir. Aslında intihar konusunda tam rakamlar edinmek zordur ve birçok araştırmacı tahminlerin genellikle düşük olduğunu söyler. Örneğin ilk olarak yaşanan olaylarda intiharı, kasıtsız aşırı doz ilaç alımlarından, otomobil kazalarından, boğulmalardan ve diğer kazalardan ayırt etmek zor olabilir. Görünürdeki birçok "kaza" muhtemelen kasıtlıdır. Ayrıca toplumumuzda intihar çok da hoş karşılanmadığı için akrabalar ve arkadaşlar sıklıkla sevdiklerinin kendi canlarını aldığını kabul etmeyi veya rapor etmeyi istemezler.

İntihar resmî olarak bir zihinsel bozukluk olarak sınıflandırılmamaktadır ancak bu konuda DSM 5, gelecekteki revizyonlara dâhil edilmesi muhtemel olan *intihar davranış bozukluğu (suicidal behavior disorder)* olarak adlandırılan bir tanının incelenmesini önermektedir. İntihar eylemlerinin ayrı bir bozukluğu temsil edip etmediğine bakılmaksızın, bu tür eylemlerde genellikle psikolojik işlev bozukluğu -başa çıkma becerilerinin bozulması, duygusal karmaşa, bozulmuş bir hayat görüşü- rol oynar. Örneğin bu bölümün başında okuduğunuz genç savaş gazisinde yoğun depresyon, ciddi bir alkol kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu görülmektedir.

## İntihar Nedir?

Kendi kendine yapılan bir davranışla gerçekleşen her ölüm bir intihar olarak görülemez. Direksiyonda uykuya daldıktan sonra arabasını ağaca çarpan bir adam kendini öldürmeye çalışmıyordur. Bu nedenle bu alanda öncü olan Edwin Shneidman (2005, 1993, 1963) **intiharı** kasıtlı bir ölüm olarak tanımlamıştır -kişinin hayatını sonlandırmak için kasıtlı, doğrudan ve bilinçli çaba sarf ettiği bir ölüm.

Kasıtlı ölüm, farklı şekillerde gerçekleşebilir. Aşağıdaki örnekleri bir gözden geçirin. Bu insanların üçü de aslında ölmeyi amaçlamış fakat nedenleri, endişeleri ve eylemleri büyük ölçüde birbirinden farklı:

***Dave** başarılı bir adamdı. 50 yaşına geldiğinde küçük ama kârlı bir yatırım firmasının başkan yardımcılığına kadar yükseldi. Sevecen bir karısı ve ona saygı duyan iki genç oğlu vardı. Üst orta sınıf bir mahallede yaşıyorlardı, geniş bir evleri vardı ve rahat bir hayat sürüyorlardı.*

*Ellinci yaşının ağustos ayında her şey değişti. Dave işten kovuldu, hem de birdenbire. Ülkede ekonomi bir kez daha kötüye gidince, firmanın kârı düştü ve başkan yeni, daha taze yatırım stratejileri ve pazarlama yaklaşımları denemek istedi. Dave "eski kafalı" görüldü. Bugünün yatırımcılarını tam olarak anlamıyordu -onlara internet temelli reklamcılık ile nasıl ulaşılacağını, yatırım sürecine çevrim içi olarak nasıl katılacağını ya da firmasına yüksek teknolojili bir görünümü nasıl vereceğini bilmiyordu. Dave'in patronu da daha genç birini denemek istedi.*

*Başarısızlık, kayıp ve boşluk deneyimi Dave için çok sarsıcıydı. Başka bir iş aradı ancak yalnızca gereğinden fazla nitelikli olduğu düşük maaşlı işler buldu. Dave, iş ararken her gün daha depresif, endişeli ve çaresiz hâle geldi. Kendi yatırım şirketini kurmayı ya da bir tür danışman olmayı düşündü ama gecenin sonunda bu tür fikirlerle kendini kandırdığını biliyordu. Daha batmaya devam etti, kendini diğerlerinden uzaklaştırdı ve giderek umutsuz hissediyordu.*

**parasuisid** Ölümle sonuçlanma riski muhtemel olmayan intihar girişimi.

**intihar** Kişinin kasıtlı, doğrudan ve bilinçli olarak hareket ettiği kendi kendini öldürme eylemi.

*İşini kaybettikten altı ay sonra Dave hayatına son vermeyi düşünmeye başladı. Acısı çok büyüktü, aşağılama bitmez tükenmez bir hâldeydi. Bugünden nefret ediyordu ve gelecekten de korkuyordu. Şubat ayı boyunca gelgitler yaşadı. Bazı günler ölmek istediğinden emindi. Diğer günlerde ise keyifli bir akşam veya moral verici bir sohbet olunca ölüm fikrini geçici olarak aklından atabiliyordu. Şubat ayının sonlarında bir pazartesi günü bir iş görüşmesi daveti telefonu aldı ve ertesi günkü görüşmeye dair beklentisi moralini düzeltmiş gibiydi. Ancak salı günkü görüşme pek de iyi gitmedi. İşe kabul edilmeyeceğini biliyordu. Eve gitti, kilitli çekmecesinden yeni satın aldığı silahı aldı ve kendini vurdu.*

***Demaine**, annesinin ölümünden sonra asla tam olarak iyileşemedi. Sadece yedi yaşındaydı ve böyle bir kayıp için hazırlıksızdı. Babası onu bir süreliğine büyükanne ve büyükbabasıyla birlikte yaşamaya, yeni çocuklarla birlikte olacağı yeni bir okula ve yeni bir yaşam tarzına yönlendirdi. Demaine'in bakış açısına göre tüm bu değişiklikler onun için daha da kötü olmuştu. Geçmişteki neşesini ve kahkahasını özlüyordu. Evini, babasını ve arkadaşlarını özlüyordu. En çok da annesini özlüyordu.*

*Annesinin ölümünü gerçekten anlamıyordu. Babası, annesinin şimdi cennette, huzur içinde mutlu olduğunu söylüyordu. Demaine'in mutsuzluğu ve yalnızlığı gün geçtikçe devam etti ve her şeyi kendince yorumlamaya başladı. Annesi ile birlikte olursa tekrar mutlu olacağına inanıyordu. Annesinin onu beklediğini, kendisine gelmesini beklediğini hissediyordu. Bu düşünceler ona çok doğru geliyordu, ona rahatlık ve umut veriyorlardı. Bir akşam, büyükanne ve büyükbabasına iyi geceler dedikten kısa bir süre sonra Demaine yataktan çıktı, apartmanlarının çatısına çıkan merdivenleri çıktı ve ölümüne atladı. Zihninde cennetteki annesine katıldığını düşlüyordu.*

***Tya** ve Noah hızlı flört adı verilen bir etkinlikte tanışmıştı. Tya ve bir arkadaşı hızlı flört etkinliğine kaydolmuş ve "En kötü ne olabilir?" diye düşünmüşlerdi. Büyük etkinliğin olduğu gece Tya, Noah dışında hiçbiri ona hitap etmeyen düzinelerce adamla konuşmuştu! Noah farklıydı. Esprili biriydi ve o da Tya gibi bu olaya öylesine kapılmış gibiydi. Gecenin sonunda Tya'nın listesine koyduğu tek isim Noah'ın ismiydi. Anlaşıldı ki Noah da Tya'nın adını listesine eklemişti ve bir hafta sonra ikisi de diğerinin iletişim bilgilerini içeren bir e-posta aldı. Bunu bir dizi e-posta alışverişi takip etti ve çok geçmeden çıkmaya başladılar. Şansına hayret etti çünkü düşük bir olasılık gerçek olmuştu. Başarılı ve hızlı bir flört deneyimi yaşamıştı.*

*Bu, Tya'nın ilk ciddi ilişkisiydi; bir süre sonra tüm hayatı bu ilişkiden ibaret hâle geldi. Bu yüzden hızlı flört buluşmalarının birinci yıl dönümünde, Noah ona artık onu sevmediğini ve onu başka biri için terk edeceğini söylediğinde gerçekten de şok oldu ve yıkıldı.*

*Haftalar geçtikçe Tya birbiriyle yarışan iki duygu yaşıyordu: depresyon ve öfke. Noah'a pek çok kez mesaj attı ya da Noah'ı aradı, Noah'a yeniden düşünmesi ve onu geri kazanma şansı için yalvardı. Aynı zamanda onun böyle bir acı yaşamasına sebep olduğu için ondan da nefret ediyordu.*

*Tya'nın arkadaşları onun için gittikçe daha fazla endişelenmeye başladı. İlk başta acısına sempati duydular ve bunun yakında geçeceğini varsaydılar. Ama zaman geçtikçe depresyonu ile öfkesi kötüleşti ve Tya tuhaf davranmaya başladı. Çoğunlukla ara sıra alkol alan Tya, çok fazla içmeye ve içkilerini çeşitli ilaçlarla karıştırarak almaya başladı.*

*Bir gece Tya banyoya gitti, bir uyku hapı şişesini aldı ve bir avuç dolusu hapı yuttu. Acısını dindirmek ve Noah'ın ona ne kadar acı çektirdiğini bilmesini istemişti. Hapları yutmaya ve yutarken ağlayarak küfür etmeye devam etti. Uykulu hissetmeye başlayınca yakın arkadaşı Dedra'yı aramaya karar verdi. Neden aradığını bilmiyordu, belki vedalaşmak, davranışlarını açıklamak ya da Noah'a anlatacağından emin olmak için ya da belki bu durumdan vazgeçirilmek için, kim bilir. Dedra ona yalvardı ve onu yaşaması için ikna etmeye ve motive etmeye çalıştı. Tya dinlemeye çalışıyordu ama giderek konuşmadan kopuyordu. Dedra telefonu kapattı ve hemen Tya'nın komşusunu ve polisi aradı. Komşusu ona ulaştığında Tya komaya girmişti bile. Yedi saat sonra arkadaşları ve ailesi hastane salonunda haber beklerken Tya, hayatını kaybetti.*

Tya, ölümüyle ilgili karmaşık duygulara sahip gibi görünse de Dave ölme arzusunda netti. Demaine ölümü cennete bir yolculuk olarak görürken Dave bunu varoluşunun sonu olarak gördü. Bu tür farklılıklar intihara meyilli kişileri anlama ve tedavi etme çabalarında önemli olabilir. Buradan hareketle Shneidman, hayatlarını kasıtlı olarak sonlandıran insanları dörde ayırmıştır: *ölüm arayan, ölümü başlatan, ölümü yok sayan ve ölüme meydan okuyan.*

#

**#ÇarpıcıKarşılaştırma1**

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl intihar sonucu (42.773), motorlu araç kazalarından ölen insandan (33.736) daha fazla insan ölüyor (CDC, 2017; Heron, 2016).

#

**#ÇarpıcıKarşılaştırma2**

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl öz kıyımdan (42.773) dolayı, cinayetten dolayı ölen insandan (15.809) daha fazla insan ölüyor (CDC, 2017; Heron, 2016).



NurPhoto/NurPhoto via Getty Images

**Ölüm meydan okuyanlar?** Bir genç, yüksek bir çatıdan diğerine atlar, atlarken de perende ve birtakım yaratıcı hareketler yapar, bunların tümü Parkour veya Freerunning adlı son derece tehlikeli bir "spor" un parçasıdır. Giderek daha popüler hale gelen bu sporun uygulayıcıları yeni meydan okumalar veya yükseklikler mi arıyor yoksa birçok kişinin iddia ettiği gibi, bazıları gerçekten ölüme meydan mı okuyor?

*Ölümü arayanlar*, intihara teşebbüs ettikleri o anda hayatlarını gerçekten sona erdirmek isterler. Bu hedeflerindeki kararlılık kısa bir süre devam edebilir. Bir saat veya bir gün sonra kafa karışıklığı yaşayabilir ama ardından ölmeye ilişkin bu kararlılık kısa bir zamanda tekrar geri gelebilir. Örneğin orta yaşlı yatırım danışmanı Dave bu kategorideki biri olarak görülebilir. İntihar konusunda pek çok kuşkusu vardı ve bu konuda haftalarca kararsızlık yaşadı ancak salı gecesi tam olarak ölümü arayan biriydi -bu, ölme arzusundan ve neredeyse ölümcül bir sonucu garanti edecek şekilde hareket etmesinden belliydi.

*Ölüme hazırlananlar* ise açıkça hayatlarını sona erdirmek isterler, aslında ölüm sürecinin kendiliğinden çoktan başladığına ve süreci hızlandırdıklarına inanır ve ona göre hareket ederler. Bazıları birkaç gün veya hafta içinde gerçekten nasılsa öleceğine inanır. Yaşlılar ve çok hasta kişiler arasındaki birçok intihar bu kategoriye girer. Sağlığı yerinde olan ünlü roman yazarı Ernest Hemingway, altmış ikinci doğum günü yaklaşırken zayıflayan bedeni için derin bir endişe içindeydi -bazılarına göre Hemingway'in intiharının arkasında gördüğü köken de buydu.

*Ölümü yok sayanlar* kendilerini öldürmenin, tam olarak varlıklarının sonu anlamına geldiğine inanmazlar. Şimdiki hayatlarını daha iyi veya daha mutlu bir varoluş için değiş tokuş ettiklerine inanırlar. Demaine gibi intihar eden pek çok çocuk, ölümden sonra yaşama ve ahirete inanan ve başka bir yaşam biçimine ulaşmak için kendilerini öldüren yetişkinler gibi bu kategoriye girer. Örneğin 1997'de tüm dünya, Heaven's Gate adlı pek bilinmeyen bir tarikatın 39 üyesinin San Diego'nun dışındaki pahalı bir evde topluca intihar ederek öldüğünü öğrendiğinde şok oldu. Bu üyelerin ölümlerinin ruhlarını özgürleştireceği ve "daha yüksek bir krallığa" yükselmelerini sağlayacağı inancıyla hareket ettikleri ortaya çıktı.

**Klinisyenler intihar etmeyi düşünen veya girişiminde bulunan birini hastaneye yatırıp yatırmamaya nasıl karar vermelidir?**

*Ölüme meydan okuyanlar;* kararsızlıklar ve belirsizlikle yaşar, intihara teşebbüs ettikleri anda bile ölme niyetleri hakkında karmaşık duygular veya kararsızlık içindedir ve bu kararsızlığı sergiledikleri eylemlerde de gösterirler. Bir dereceye kadar ölmek isteseler ve genellikle bunu başarsalar da sergiledikleri risk alma davranışları ölümü aslında tam anlamıyla garanti etmez. Mesela Rus ruleti oynayan yani rastgele bir mermi yerleştirilmiş bir tabancanın tetiğini çeken kişi, ölüme meydan okuyan biridir. Tya, ölüme meydan okuyan biri olarak görülebilir. Mutsuzluğu ve öfkesi çok yoğun olmasına rağmen ölmek istediğinden tam olarak emin değildi. Hapları alırken bile arkadaşını aradı, yaptığı şeyi söyledi ve arkadaşının yalvarmalarını dinledi.

Ölüm girişimlerinde *dolaylı, örtük, kısmen veya bilinçsiz* rolleri olan insanlar için Shneidman (2001, 1993, 1981) **eşikaltı niyetliler** olarak bir kategori tanımlar. Geleneksel olarak klinisyenler *eşikaltı niyetli ölümlere* katkıda bulunabilecek davranışlar arasında uyuşturucu, alkol veya tütün kullanımını, tekrarlı şiddetli fiziksel kavgaları ve ilaç kötüye kullanımını sayarlar. Son yıllarda bu listeye başka bir davranış örüntüsü, *kendine zarar verme* ya da *kendini yaralama* da eklenmiştir -örneğin kendini kesmek ya da yakmak ya da kendi kafasına vurmak. Bu davranış örüntüsü resmî olarak bir zihinsel bozukluk olarak sınıflandırılmamış olsa da kitabı hazırlayanlar, DSM-5'in gelecekteki revizyonlarına dâhil edilmesi için *intihar olmayan kendini yaralama* adı verilen bir kategorinin de araştırılmasını önermişlerdir.

Kendini yaralama davranışı, özellikle gençler ve genç yetişkinler arasında bilinenden daha yaygındır ve giderek artıyor gibi de görülebilir (Cipriano, Cella ve Cotrufo, 2017). Araştırmalar, tüm ergenlerin yüzde 17'sinin en az bir kez kendilerini yaralama girişiminde bulunduğunu göstermektedir (Brown ve Plener, 2017). Kendini yaralama davranışının doğası gereği bir tür bağımlılık yaptığı anlaşılmaktadır. Kendini yaralamanın getirdiği acının yaşamdaki gerginlikten veya diğer duygusal acılardan bir

## #İstikrarlıArtış

Birleşik Devletler'deki intihar oranı yirmi birinci yüzyıl boyunca yıldan yıla artmıştır. Bugünkü oran, 2000 yılındaki oranından yüzde 28 daha yüksektir (CDC, 2017).

miktar kurtulma veya rahatlama sağlama etkisine sahip gibi görüldüğü söylenebilir. Bu davranış, geçici bir dikkat dağıtma işlevi ile diğer sorunlarından kurtulma işlevi görmektedir ve ortaya çıkan yara izleri, kişinin yaşadığı sıkıntının kanıtı olarak görülebilir (Skodol, 2017). Başka bir açıdan kendini yaralama kişinin kronik boşluk, can sıkıntısı ve kimlik karmaşası duygularıyla başa çıkmasına yardımcı da olabilir. Kendini yaralama ve daha önce bahsedilen diğer riskli davranışlar aslında dolaylı bir intihar girişimi gibi görülse de (Burke ve diğerleri, 2018) bunların arkasındaki gerçek niyet diğerleri kadar net değildir. Bu nedenle, bu davranışlar genellikle bu bölümün tartışmalarına dâhil edilmemiştir.



AAron Ontiveroz/Getty Images

## İntihara Dair Araştırmalar Nasıl Yapılır?

İntihar araştırmacıları büyük bir engelle karşı karşıya: İnceledikleri insanlar, artık hayatta değil. Araştırmacılar, artık eylemlerini açıklayamayanların niyetleri, duyguları ve koşulları hakkında nasıl doğru sonuçlar çıkarabilirler ki? Her biri yalnızca kısmen başarılı olan iki araştırma yöntemi, bu sorunu çözmeye çalışır.

Bu araştırma yöntemlerinden biri, klinisyenlerin ve araştırmacıların intihar kurbanının geçmişinden verileri bir araya getirdiği bir tür psikolojik otopsi olan **retrospektif/geriye dönük analizdir** (Nock ve diğerleri, 2017; Riblet ve diğerleri, 2017). Akrabalar, arkadaşlar, terapistler veya doktorlar, intihara ışık tutan geçmiş olayları, konuşmaları ve davranışları hatırlayabilir. Geçmişe dönük bilgilere bazı kurbanların geride bıraktıkları intihar notlarıyla da ulaşılabilir. Ancak bu tür bilgi kaynakları her zaman mevcut veya güvenilir değildir (Stack ve Rockett, 2018). Birçok intihar kurbanı not bırakmaz. Bunlara ek olarak kederli, belki de suçlu bir akraba ya da perişan olmuş bir terapist, objektif bir şekilde hatırlama konusunda yetersiz olabilir veya toplum da bu kadar damgalayıcı olan bir eylemi tartışma konusunda isteksiz olabilir (Fouet, 2017).

Bu sınırlılıklar nedeniyle birçok araştırmacı genellikle ikinci bir yöntem daha kullanır -*intihar girişimlerinden sağ kurtulan insanları inceler*. Her ölümcül intihar için 12 ölümcül olmayan intihar girişimi olduğu tahmin edilmektedir (AFSP, 2018). Ancak intihar girişiminden kurtulanlar, kurtulamayanlardan önemli açılardan farklı olabilir. Örneğin birçoğu gerçekten ölmek istememiş olabilir. Yine de araştırmacılar, intihar girişiminden kurtulanları incelemeyi faydalı bulmuşlardır ve bu bölüm intihara teşebbüs edenler ile intiharı tamamlayanları aşağı yukarı aynı şekilde ele alacaktır.

**Yaratıcı anlatım** Gençlerin ve genç yetişkinlerin en az yüzde 17'si, özellikle kollarını keserek kendilerini kasıtlı olarak yaralamaktadır (MHA, 2017). Böylece Colorado'da bir lise öğrencisi olan Olivia Stewart, son dönem projesinin konusu olarak ruh hastalığını seçmiş ve kendine zarar verme üzerine bu olağanüstü heykeli yapmıştır. Projesinde diğer psikolojik bozuklukların sanatsal temsillerini de yapan Stewart, çalışmalarının zihinsel bozukluklarla ilgili eğitimi ve halkın farkındalığını artırmaya yardımcı olacağını umuyor.

## İntihar Örüntüleri ve İstatistikler

İntihar, geniş bir sosyal ortamda gerçekleşir (Bir sonraki sayfadaki ***Trendlere*** bakın.) ve araştırmacılar, bu tür ölümlerin meydana geldiği sosyal bağlamlarla ilgili birçok istatistik toplamıştır. Örneğin intihar oranlarının ülkeden ülkeye değiştiğini bulmuşlardır (WHO, 2017). Sri Lanka, Guyana, Güney Kore, Litvanya ve Anogla'nın intihar oranları çok yüksektir -bir yılda 100.000 kişide 20'den fazla intihar oranı gibi; bunun aksine Mısır, Meksika, Yunanistan ve Endonezya 100.000'de 5'ten daha az, yani nispeten düşük oranlara sahiptir. İngiltere (7,4), Çin (8,5), Almanya (9,1), Kanada (10,4), Amerika Birleşik Devletleri (12,6) ve Rusya (17,9) ise arada yer almaktadır.

**Öz kıyım oranlarındaki ulusal farklılıkları açıklamaya dini bağlılık ve inançların yanı sıra hangi faktörler yardımcı olabilir?**

Dinî bağlılık ve inançlar, bu ulusal farklılıkları açıklamaya yardımcı olabilir (Hsieh, 2017). Örneğin büyük ölçüde Katolik, Yahudi veya Müslüman olan ülkeler görece düşük intihar oranlarına sahiptir. Belki de bu ülkelerde intihara yönelik katı yasaklar veya güçlü bir dinî gelenek birçok insanı intihara teşebbüs etmekten alıkoymaktadır. Yine de bu geçici kuralın istisnaları vardır. Büyük ölçüde bir Roma Katolik ülkesi olan Polonya, dünyadaki en yüksek intihar oranlarından biri olan 100.000 kişide 18,5 intihar oranına sahiptir (WHO, 2017).

Bilimsel araştırmalar dinî inanç sisteminin, bir bireyin dindarlığının derecesi kadar intiharı önlemeye yardımcı olmayabileceğini göstermeye başlamıştır. Özel inanç sisteminden bağımsız olarak çok dindar insanların intihar ederek ölme olasılığı daha düşük görünmektedir (Kralovec ve diğerleri, 2018). Erkeklerin ve kadınların intihar oranları

**kısmi kasıtlı** Ölüm kurbanın dolaylı, gizli, kısmen veya bilinçsiz bir rol oynadığı bir ölüm.

**retrospektif analiz** Klinisyenlerin kişinin geçmişinden intiharı ile ilgili bilgileri bir araya getirdiği bir tür psikolojik otopsi.

...TRENDLER

## İnternet Korkuları

İnternetteki iki güncel trend, büyük endişe yaratmıştır.

Bunlardan ilki, *intihar yanlısı internet sitelerinin* erişilebilirliği ve kullanımının artmasıdır. Bu siteler farklılık gösterse de çoğu intihar sonucu ölen eski kullanıcılarını tebrik edebilmekte, bazıları da ortak veya birlikte intiharlar için randevular ayarlamaya yardımcı olabilmekte ve pek çoğu intihar yöntemleri, olası intihar yerleri ve intihar notlarının yazılması hakkında özel yönergeler önerebilmektedir (Miguel vd., 2017; Minkkinen vd., 2017, 2016; Thornton vd., 2017).

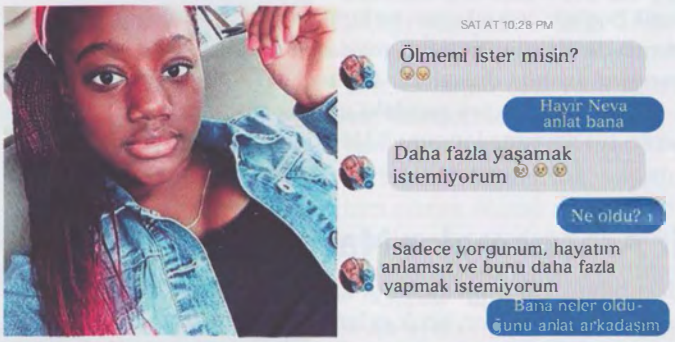
Bu siteler internette web forumlarında ve sohbet gruplarında; Facebook, Instagram, Tumblr ve Live Journal gibi sosyal ağlarda ve YouTube ve Vimeo gibi video platformlarında gitgide artmaktadır (Miguel ve diğerleri, 2017). Bir araştırmaya göre örneğin, gençlerin yüzde 7,5'i internette intihar hakkında bilgi arıyor (Mars ve diğerleri, 2015). Bu tür bireylerin çoğu destek, yardım veya yapıcı tavsiyeler sunan sitelere erişirken üçte birinden fazlası kendini nasıl yaralayacakları veya öldürecekleri hakkında bilgi sağlayan sitelere erişmektedir.

İkinci bir endişe kaynağı trend de intiharların internetten canlı yayımlanmasıdır. 22 Ocak 2017'de Nakia Venant adlı 14 yaşındaki bir kız, Facebook'ta canlı yayın yaparken Florida'daki evinin banyosunda kendini astı. (Resme bakabilirsiniz.) Nakia'nın uzun süredir devam eden psikolojik sorunları ve fiziksel olarak istismar geçmişi vardı. Son sekiz yıldır çok sayıda koruyucu aileye verilip alınmıştı (Barnes, 2017; Miller ve Burch, 2017). İntiharından sadece aylar önce genç biyolojik annesine eve dönmek istediğini söylediği bir mesaj atmış ancak annesinden dönüş asla gerçekleşmemişti.

Kesin rakamlar henüz mevcut olmasa da intiharların canlı yayınlanması açıkça artmaktadır (Reidenberg, 2017). Nitekim Nakia, Amerika'da aynı ay, intiharını sosyal medyada yayımlayan üçüncü kişiydi (Bever, 2017). Halka açık intiharlar elbette yeni değil ancak daha önce hiç bu kadar çok izleyiciye ulaşamamıştı. Klinisyenler, bazı kişilerin neden çevrim içi intihara teşebbüs ettiğini gerçekten bilmiyor. Bazıları, büyük psikolojik acı çekmenin yanı sıra bireylerin acılarını başkalarına göstermeye, ölümlerini hatırlatmaya veya başkalarının müdahalelerini istemeye çalıştığını öne sürüyor (Bever, 2017).

İntiharların yayımlanmasının artmasından ve ölümlerin taklit edilmesinin olası riskinden endişe duyan Facebook, yakın zamanda hem canlı yayınlanan hem de diğer intihar türlerini önlemeye yardımcı olmak için birtakım adımlar attı. İlk olarak kullanıcıların Facebook'u karşılarına çıkabilecek intihar ve kendine zarar verme ilanları konusunda uyarmayı kolaylaştırmak için araçlarını güncelledi (O'Brien, 2017; Schuster, 2016). Facebook, bu konularda aldığı uyarıların ardından, ilgili arkadaşlara veya tanıdıklara, örneğin intihara meyilli bir arkadaşla nasıl konuşulacağı veya hayatta kalmalarına yardımcı olacak bir akıl sağlığı uzmanıyla nasıl iletişim kurulacağı konusunda ipuçları vererek anında rehberlik ve kaynaklar sunmaya başladı. Canlı yayın durumlarında Facebook, yayıncılara doğrudan yardım etmeye de çalışıyor (Harris, 2017). Canlı yayın yapanların ekranlarında, "Birisi şu anda ekstra desteğe ihtiyacınız olabileceğini düşünüyor ve bizden yardım istedi." şeklinde bir mesajla yayın kısıtlanabilir. Bu durumda canlı yayın yapan kişi bir intihar yardım hattına başvurabilir, Facebook'taki ipuçlarını görüntüleyebilir ve/veya bir arkadaşına doğrudan mesaj gönderebilir (Harris, 2017).

Facebook ayrıca artık sorunlu kişilerin Facebook Messenger platformu aracılığıyla National Suicide Prevention Lifeline (Ulusal İntiharı Önleme Hattı), Crisis Text Line ve diğer kriz destek kuruluşlarından uzman bir danışmanla anlık sohbet etmesini de mümkün kılıyor (Guynn, 2017). Ek olarak Facebook sosyal ağ servisi şu anda kullanıcı gönderilerinde ve yorumlarında kendine zarar verme ve intihar uyarı sinyallerini tanımlamaya yardımcı olmak için örüntü tanıma yazılımının kullanımını test ediyor. Ağın toplumu izleme ekibi daha sonra posterlere ve daha fazlasına ulaşarak intiharı engelleyici önlemler alacak şekilde hareket ediyor (Harris, 2017). Facebook ve diğer sosyal ağ servislerinin intihar konusundaki destekleyici bildirimleri ve canlı yayın yapan kişiler ile ilgili bu tür çabaları tabii ki memnuniyetle karşılanıyor.

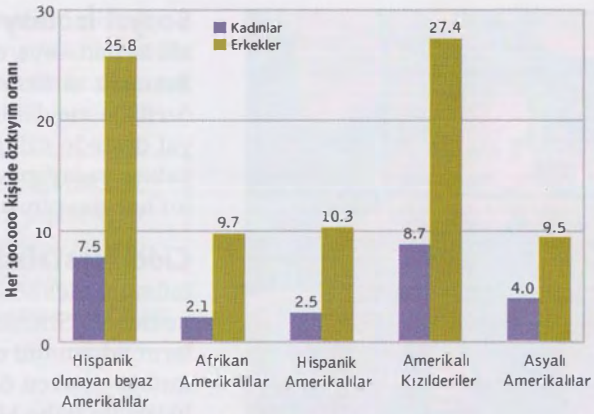



**Trajik son** 22 Ocak 2017'de, 14 yaşındaki Nakia Venant, intiharını Facebook'ta mesajlaşırken yayımladı -aynı ay içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde canlı olarak yayınlanan en az üç intihardan biriydi.

da birbirinden farklıdır. Kadınlar erkeklerden üç kat daha fazla intihar girişiminde bulunurken erkeklerin kendilerini öldürme oranları kadınların kendilerini öldürme oranlarından üç kat daha fazladır (AFSP, 2018). Bu cinsiyet farklılığı için çeşitli açıklamalar önerilmiş olsa da popüler olanı erkekler ve kadınlar tarafından kullanılan farklı yöntemlere işaret etmektedir (Anestis ve Houtsma, 2018). Erkekler silahla kendini vurma, bıçaklama veya kendilerini asma gibi daha şiddetli yöntemler kullanma eğilimindeyken kadınlar aşırı dozda uyuşturucu gibi daha az şiddet içeren yöntemler kullanırlar. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki erkek intiharlarının yüzde 62'sinde, kadın intiharlarının ise yüzde 37'sinde silah kullanılmaktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018; CDC, 2014).

İntihar aynı zamanda sosyal çevre ve medeni durumla da ilgilidir. Araştırmalar, intihar eden bireylerin en az yarısının sosyal olarak izole olduğunu ve sosyal ağ sitelerinde aktif olsalar da gerçek yaşamda yakın arkadaşlarının çok az olduğunu veya hiç olmadığını göstermektedir (Berman, 2018; Maris, 2001). Bu bağlamda araştırmalar, hiç evlenmemiş ve boşanmış kişilerin evli veya birlikte yaşayan bireylere göre daha yüksek intihar oranına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Schreiber ve Culpepper, 2018).

Son olarak en azından Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar oranları ırk ve etnik kökene göre değişiyor gibi görünmektedir (bk. **Şekil 7-1**). Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların genel intihar oranı; Afrikalı Amerikalılar, Hispanik Amerikalılar ve Asyalı Amerikalıların iki katından daha yüksektir (AFSP, 2018; CDC, 2016). Bu örüntünün önemli bir istisnası, Amerikalı Kızılderililerin intihar oranının Hispanik olmayan beyaz Amerikalılardan daha yüksek olmasıdır. Birçok Amerikalı Kızılderili'nin aşırı yoksulluğu yüksek intihar oranlarını kısmen açıklasa da araştırmalar alkol kullanımı, model alma ve silahların ulaşılabilirliği gibi faktörlerin de rol oynayabileceğini göstermektedir (Dillard vd., 2017; Lanier, 2010).




ŞEKİL 7-1

**İntihar, Irk ve Cinsiyet**

Amerika Birleşik Devletleri'nde hem erkekler hem de kadınlar arasında en yüksek özkıyım oranlarına sahip olanlar Amerikalı Kızılderililerdir. (Bilgiler: AFSP, 2018, 2017; CDC, 2016, 2014, 2010; SPRC, 2013)

## ...ÖZETLE...

**İNTİHAR NEDİR?** İntihar; kişinin hayatını sona erdirmek için kasıtlı, doğrudan ve bilinçli bir çaba sarf ettiği kendini öldürme şekli olarak görülebilir. Hayatlarını kasıtlı olarak sonlandıran dört kategori ayırt edilmiştir: ölümü arayan, ölüme hazırlanan, ölümü yok sayan ve ölüme meydan okuyanlar.

İntihar araştırmalarında iki temel yöntem kullanılır: retrospektif analiz ve intihar girişimlerinden kurtulan insanların incelenmesi. İntihar oranları da ülkeden ülkeye değişmektedir. Bunun bir nedeni; dinî bağlılık, inançlar ve dindarlık derecesindeki kültürel farklılıklar gibi görünmektedir. İntihar oranları ayrıca ırk, cinsiyet ve medeni duruma göre de değişmektedir.

# Bir İntiharı Ne Tetikler?

İntihar eylemleri, bir kişinin yaşamındaki son olaylarla veya mevcut koşullarla bağlantılı olabilir. Bu tür faktörler intihar için en temel motivasyon olmasa da intiharı hızlandırabilir. Yaygın tetikleyici faktörler arasında *stresli olaylar, duygudurum ve düşünce değişiklikleri, alkol ve madde kullanımı, zihinsel bozukluklar ve model alma yer alır.*

## Stresli Olaylar ve Durumlar

Araştırmacılar, teşebbüste bulunanların yaşamlarındaki stresli olayların, intihar teşebbüsünde bulunmayanlara kıyasla daha fazla olduğunu söylemektedir (Buchman Schmitt ve diğerleri, 2017; McFeeters ve diğerleri, 2015). İntiharla sürekli bir biçimde bağlantılı olan stres faktörlerinden biri de savaş stresidir. Araştırmalar, farklı savaşlara katılan askerlerin intihar sonucu ölme olasılıklarının, asker olmayanlardan iki kat fazla olduğunu göstermektedir (Nock ve diğ., 2017, 2014, 2013). Örneğin bu bölümün başında, Irak'taki mücadelenin stresini yaşadıktan sonra sivil hayata döndükten sonra kendini öldüren genç bir adamın hikâyesini okumuştunuz.

İntihara yol açan stresörlerin, savaşla ilişkili olanlar kadar korkunç olmasına gerek yoktur. İntihar vakalarında görülen yaygın stres biçimleri; sevilen birinin ölüm, boşanma veya reddedilme yoluyla kaybedilmesi, iş kaybı, ciddi maddi kayıp, kasırgalar, depremler veya diğer doğal afetlerden kaynaklanan ve çok küçük çocuklar arasında da görülebilen strestir (Cawley vd., 2019; Kerr vd., 2017; Fujiwara vd., 2017). İnsanlar ayrıca son zamanlarda yaşanan stres yerine *uzun zamandır süregelen strese* bir tepki olarak da intihara teşebbüs edebilir. Bu tür stres faktörlerinden dördü özellikle yaygındır -sosyal izolasyon, ciddi hastalık, istismarcı ortam ve mesleki stres.

**#Ölümcül Erişim**

Silahla intihar oranı, Amerika Birleşik Devletleri'nde diğer tüm sanayileşmiş ülkelere göre 11 kat daha yüksektir.

İntihar sonucu ölen insanların, intihar girişimlerinden sağ kurtulanlara göre evlerinde silah bulundurma olasılıkları en az iki kat daha fazladır.

Evde silahla yaşayan gençlerde intihar oranları 4 ila 10 kat daha fazladır.

(Anestis ve Houtsma, 2018; Schreiber ve Culpepper, 2018; Kennebeck ve Bonin, 2017)

**Sosyal İzolasyon** Dave, Demaine ve Tya vakalarında gördüğünüz gibi sevgi dolu ailelerden veya destekleyici sosyal ortamlardan gelen insanlar da intihar edebilir. Bununla birlikte sosyal destekleri olmayanlar intihar düşüncesine ve eylemlerine özellikle meyillidir. Araştırmacılar, "aidiyet" duygusunu çok az hisseden, sınırlı sosyal desteğe sahip olduklarına veya hiç sosyal desteğe sahip olmadıklarına inanan, yalnız yaşayan ve diğer insanlarla devam eden çatışmaları olan kişiler arasında intihar davranışı için yüksek bir risk bulmuşlardır (Schreiber ve Culpepper, 2018).

**Ciddi Hastalıklar** Hastalıkları büyük acı veya ciddi sakatlıklara neden olan kişiler, ölümün kaçınılmaz ve yakın olduğuna inanarak intihara teşebbüs edebilirler (Schneider ve Shenassa, 2008). Ayrıca hastalıklarının neden olduğu acıların ve sorunların tahammül edebileceklerinden daha fazla olduğuna inanabilirler. Araştırmalar, intihar sonucu ölenlerin üçte birinin bu eylemlerinden önceki aylarda fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğunu göstermektedir (Schreiber ve Culpepper, 2018). Daha yüksek intihar oranlarıyla bağlantılı hastalıklar arasında kanser, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, felç ve şeker hastalığı da bulunmaktadır (Bartoli ve diğerleri, 2017; Conti ve diğerleri, 2017; Zhang ve diğerleri, 2017).




John Tlumacki/The Boston Globe via Getty Images

**Ünlü hapishane intiharı** 2015 yılında, Ulusal Futbol Ligi'nin yıldız uç oyuncusu Aaron Hernandez, birinci derece cinayetten suçlu bulundu ve 2013 yılında bir tanıdığının öldürülmesi nedeniyle şartlı tahliye olmadan ömür boyu hapis cezasına çarptırıldı. Fotoğrafta oyun günlerinden bir soyunma odası basın röportajında olan Hernandez, iki başka cinayetten beraat ettikten birkaç gün sonra 2017'de bir Massachusetts hapishanesinde kendini asarak intihar etti. Tüm cezaevi ölümlerinin yaklaşık yüzde 11'i intihara bağlıdır (BJS, 2018, 2016).

**İstismarcı veya Baskıcı Ortam** Kaçma umudunun çok az olduğu veya hiç olmadığı istismarcı veya baskıcı bir fiziksel ortamın kurbanları bazen intiharı düşünebilirler. Örneğin bazı savaş esirleri, toplama kamplarındaki mahkumlar, istismara uğramış eşler, istismara uğramış çocuklar ve hapishane mahkumları hayatlarını sona erdirmeye çalışır (Vadini vd., 2018; Ayhan vd., 2017). Ciddi hastalıkları olanlar gibi bu insanlar da daha fazla acıya dayanamayacaklarını hissedebilir ve durumlarında iyileşme umudu olmadığına inanabilirler.

**Mesleki Stres** Bazı meslekler intihar girişimlerini tetikleyebilecek gerginlik veya memnuniyetsizlik duyguları yaratabilir. Araştırmalar, vasıfsız mesleklerde çalışan insanlar arasında daha yüksek intihar oranları olduğunu ortaya koymuştur. Nitelikli mesleklerdeki kişilerden psikiyatristler ve psikologlar, doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, avukatlar, polis memurları, itfaiyeciler, acil servis çalışanları ve çiftçiler için nispeten yüksek oranlar rapor edilmiştir (Mckew, 2017; Witt ve diğerleri, 2017). Bu tür korelasyonlar, tabii ki mesleki baskıların doğrudan intihar eylemlerine neden olduğu anlamına gelmez. Belki de vasıfsız işçiler intihara teşebbüs ettiklerinde iş stresi yerine finansal güvensizliğe tepki veriyorlardır. Benzer şekilde intihara meyilli psikiyatristler ve psikologlar, işlerinin duygusal gerginliğine tepki vermek yerine ilk başta kariyer ilgilerini artıran ve uzun süredir devam eden duygusal problemlere sahip olabilirler.

## Duygudurum ve Düşünce Değişiklikleri

Çoğu intihar girişiminin öncesinde ruh halinde bir takım değişiklikler görülür. Değişiklik, bir zihinsel bozukluğun teşhisini gerektirecek kadar şiddetli olmayabilir, ancak kişinin daha önceki ruh halinden önemli bir farklılığı temsil eder. En yaygın değişiklik üzüntüdeki artıştır (James ve diğerleri, 2017). Ayrıca anksiyete, gerginlik, hayal kırıklığı, öfke veya utanç duygularının artması da yaygındır (Hill ve diğerleri, 2018; Reisch ve diğerleri, 2010).

İntihar teşebbüslerinin öncesinde, düşünce şeklinde de değişimler olabilir. İnsanlar sorunlarından dolayı endişelenebilir, objektif bakış açısını kaybedebilir ve intiharı yaşadıkları zorlukların tek ve en etkili çözümü olarak görebilir (Schreiber ve Culpepper, 2018). Çoğunlukla bir **umutsuzluk duygusu**, mevcut koşullarının, sorunlarının veya ruh hâllerinin asla değişmeyeceğine dair kötümser bir inanç geliştirirler (Sun ve diğerleri, 2018). Bazı klinisyenler umutsuzluk hissinin intihar niyetinin en yüksek ihtimalli tek göstergesi olduğuna inanır.

İntihar girişiminde bulunan pek çok kişi **ikili düşünmenin**, sorunlara ve çözümlere katı bir ya hep ya hiç tarzında bakmanın kurbanı olur (Shneidman, 2005, 2001, 1993). Nitekim Shneidman intihar konusunda en önemli vurgunun "Benim

için yegâne çözüm yolu, intihar etmek!" ifadesinde olduğu gibi "yegâne" olduğunu ileri sürmektedir (Maris, 2001). Aşağıdaki ifadede bir binadan atlayışını anlatan bir kadın, o sıradaki ikili düşünme biçimini anlatmaktadır. Bu kadın, ölümü acısının tek alternatifi olarak görmüştür:

> *Çok çaresizdim. Tanrım, bu şeye artık dayanamayacağımı hissettim. Tam bir karmaşa hâkimdi; her şey korkunç ve karman çormandı. Ve kendi kendime düşündüm: Bu durumda yapılabilecek yegâne bir şey var. Sadece kendimi, bilincimi kaybetmem lazım. Bundan kurtulmanın tek yolu bu. Bilincini kaybetmenin yegâne yolu ise yüksek bir yerden atlamak diye düşündüm...*
>
> *(Shneidman, 1987, s. 56)*

## Alkol ve Madde Kullanımı

Araştırmalar, intihara teşebbüs eden kişilerin yüzde 70'inin teşebbüslerinden hemen önce alkol aldığını göstermektedir (Choi ve diğerleri, 2018; McCloud ve diğerleri, 2004). Otopsiler, bu kişilerin yaklaşık dörtte birinin yasal olarak alkollü olarak kabul edilecek limitlerde olduğunu ortaya koymaktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018; Flavin ve diğerleri, 1990). Dahası, intihar girişiminde bulunanlar ne kadar sarhoş olursa seçtikleri intihar yöntemi o kadar ölümcül olmaktadır (Park ve diğerleri, 2017). Alkol kullanımı, kişi için o an engelleyici olabilecek şeylerin etkisini azaltıyor, intihar korkusunu azaltıyor, altta yatan saldırgan duygularını açığa çıkarıyor veya muhakeme yeteneğini ve problem çözme yeteneğini bozuyor olabilir. Araştırmalar, diğer uyuşturucu türlerinin kullanımının da özellikle gençler ve genç yetişkinlerde intiharla benzer bir ilişkisi olabileceğini göstermektedir (Beckman ve diğerleri, 2019).

## Zihinsel Rahatsızlıklar

İntihar girişiminde bulunan kişiler sıkıntılı veya endişeli olsalar da bunların mutlaka psikolojik bir rahatsızlığa sahip olmaları gerekmez. Bununla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunda ruhsal bir rahatsızlık vardır (Schreiber ve Culpepper, 2018; Nock ve diğerleri, 2017, 2013). Araştırmalar, intihar girişiminde bulunanların yüzde 70'inin şiddetli depresyon (tek kutuplu veya bipolar), yüzde 20'sinin *kronik alkolizm* ve yüzde 10'unun *şizofrenik bozukluk* yaşadığını göstermektedir. Bununla paralel olarak bu rahatsızlıkların her birine sahip insanların yüzde 25 kadarı da kendini öldürmeye çalışmaktadır. Hem depresif hem de madde bağımlısı kişiler intihar dürtülerine özellikle yatkın görünmektedir (Harford ve diğerleri, 2018; Bohnert ve diğerleri, 2017). Bölüm 13'te okuyacağınız yaygın bir örüntü olan sınırda kişilik bozukluğuna sahip pek çok kişinin, rahatsızlıklarının bir parçası olarak kendilerine zarar vermeye veya intihar eylemlerinde bulunmaya çalışmaları söz konusudur (Soloff ve Chiappetta, 2018).

Bölüm 6'da gördüğünüz gibi majör depresif bozukluğu olan insanlar genellikle intihar düşüncelerine sahiptir. Depresif insanlar ruh hallerinde iyileşme göstermeye başladıklarında bile intihar için yüksek risk altında olabilirler. Aslında, şiddetli depresyonda olanlar arasında intihar riski, ruh hâlleri iyileştikçe daha fazla enerjiye sahip olacakları ve intihar etme isteklerini yerini getirme potansiyelleri olacağı için artabilir. Şiddetli depresyon, ciddi fiziksel hastalıkları olanların intihar girişimlerinde de önemli bir rol oynayabilir (Cheung ve Sundram, 2017).

İntihar girişiminden hemen önce alkol veya uyuşturucu kullanan bazı kişilerin aslında bu tür maddeleri kötüye kullanma konusunda uzun bir geçmişi vardır (Beckman ve diğerleri, 2019; Mukamal, 2018; Agrawal ve diğerleri, 2017). Madde kullanım bozuklukları ile intihar arasındaki bağlantının temeli net değildir. Belki de bu rahatsızlıkları olan pek çok kişinin trajik yaşam tarzı ya da bir madde tarafından umutsuzca kapana kısılma hissi intihar düşüncesine yol açmaktadır. Bir diğer olasılık, üçüncü bir faktörün -örneğin psikolojik acı veya çaresizlik- hem madde bağımlılığına hem de intihar düşüncesine neden olmasıdır.

Araştırmalar, şizofreni hastalarının ve psikozla karakterize diğer bozukluklara sahip kişilerin intiharlarının genellikle duygusal sıkıntılarını, bozukluklarından ötürü kapana kısılmış olma hissini ve rahatsızlıklarının şiddetinin artma korkularını



Kevin Winter/Getty Images

**Mutluymuş gibi davranmak** Megastar, komedyen ve aktör Robin Williams'ın hayranları, Williams 2014'te kendini asarak öldürdüğünde şoke oldular. Yakın arkadaşları Williams'ın bir süredir depresyonla ve Parkinson hastalığının ilk aşamalarıyla savaştığını bildirdi -neşeli performanslarıyla halktan gizlemeyi başardığı acı verici bir duygusal durum. Williams'ın otopsisi, Lewy cisimli demans adı verilen bir tür nörobilişsel bozukluğu da ortaya çıkardı.

**umutsuzluk** Kişinin mevcut koşullarının, sorunlarının veya ruh halinin asla değişmeyeceğine dair kötümser inancı.

**ikili düşünme** sorunlara ve çözümlere katı bir ya hep ya hiç tarzında bakma.

yansıttığını göstermektedir (Owen ve diğerleri, 2018). Uzun yıllardır süregelen şizofreni hastası birçok genç ve işsiz kişi, bu bozukluğun hayatlarını sonsuza dek mahvedeceğine inanmaya başlar. Bu kişilerin bir kısmı standartların altındaki yaşam koşullarından dolayı cesaretlerini yitirmiş gibi görünür.

## Model Olma: İntiharın Bulaşıcılığı

İnsanların, özellikle de gençlerin, intihar eden birini gözlemledikten veya okuduktan sonra intihara teşebbüs etmesi alışıldık bir durumdur (Vitelli, 2016). Bu kişiler muhtemelen büyük sorunlarla boğuşuyordur ve diğer kişinin intiharı, onlar için de olası bir çözüm gibi görünebilir ya da belki intiharı zaten düşünüyorlardır ve diğer kişinin girişimi onların düşüncesini güçlendiriyor ya da sonunda onları harekete geçmeye ikna ediyor gibi görünebilir. Her iki durumda da görünüşe göre bir intihar girişimi diğer insanlar için bir rol model görevi görebilir. Özellikle aile üyelerinin ve arkadaşların, ünlülerin ve iş arkadaşlarının veya meslektaşların intiharları yaygın tetikleyiciler arasındadır.

**Aile Üyeleri ve Arkadaşlar** Yakın zamanda bir aile üyesinin veya arkadaşın intihar etmesi, kişinin böyle bir teşebbüste bulunma olasılığını artırır (Campos, Holden ve Santos, 2018; Ali ve diğerleri, 2011). Elbette bir aile üyesinin veya arkadaşın ölümü, özellikle kendini öldürme şeklinde olduğunda yaşamı değiştiren bir olaydır ve intihar düşünceleri veya girişimleri büyük ölçüde bu travma veya kayıp duygusuna bağlanabilir. Gerçekten de bu tür kayıpların tipik olarak hayatta kalan akraba ve arkadaşlar üzerinde ömür boyu etkisi vardır ve bu etkiye, yıllarca devam edebilecek yüksek intihar riski de dâhildir (Schreiber ve Culpepper, 2018). Bununla birlikte araştırmacılar, bu olası açıklamaları hesaba katsalar bile yakın zamanda intihar eden kişilerin akrabaları ve arkadaşları arasında intihar riskinde artış olduğu bilgisi nettir. Bu ekstra risk faktörüne genellikle *sosyal bulaşma etkisi* denir.



MR1805/Getty Images

**Bir oyundan çok daha fazlası** Blue Whale Game veya Mavi Balina oyunu, şu anda kamuoyunda büyük endişe uyandıran bir İnternet "oyunudur". Oyun, katılımcılara yöneticiler tarafından atanan ve 50. günde kendini öldürme talimatı ile sonuçlanan günlük görevlerden oluşur. Dünyanın dört bir yanında düzinelerce gencin, adı sahillerde karaya oturan ve ölen balinaların davranışlarından üretilen oyunu oynarken intihar ederek öldüğü tahmin ediliyor.

**Ünlüler** Araştırmalar eğlence dünyasındaki kişilerin, politik figürlerin ve diğer tanınmış kişilerin intiharlarını, ülke çapında intihar sayısında düzenli olarak beklenmedik artışların takip ettiğini göstermektedir. Bu konudaki araştırmalar, örneğin 2014 yılında komedyen Robin Williams'ın intiharından ve 1963 yılında aktris Marilyn Monroe'nun intiharından sonraki haftalarda ulusal intihar oranının yüzde 19 civarında arttığını göstermiştir (Fink, Santaella-Tenorio ve Keyes, 2018; Phillips, 1974).

Bazı klinisyenler, daha güvenilir ve dikkatli bir yayıncılığın ünlülerin veya diğer aşırı reklamı yapılan intiharların etkisini azaltabileceğini savunmaktadır (Fink ve diğerleri, 2018; Sullivan ve diğerleri, 2015). Medyanın Kurt Cobain intiharına ilişkin haberlerinde dikkatli bir yayıncılık anlayışı hâkimdi denebilir. MTV'nin olayın gerçekleştiği akşam yapılan yayınlarda sürekli tekrarlanan vurgu "İntihar etmeyin!" idi. Aslında Cobain'in ölümünden sonraki saatlerde MTV'yi ve diğer radyo ve televizyon istasyonlarını arayan binlerce genç üzülmüş, korkmuştu ve bazıları da intihara meyilliydi. Bazı radyo istasyonları intiharı önleme merkezlerinin telefon numaralarını da yayımlayarak, intihar uzmanlarıyla görüşmeler yayımlayarak ve arayanlara doğrudan danışmanlık hizmetleri ve tavsiyeler sunarak yanıt vermeye çalıştı. Belki de bu tür çabalar nedeniyle takip eden haftalarda hem Cobain'in yaşadığı Seattle'da hem de başka yerlerde olağan intihar oranı görece sabit kaldı (Colburn, 1996).

**İş Arkadaşları ve Meslektaşlar** Bir okulda, iş yerinde veya küçük bir toplulukta intihar eyleminin ağızdan ağza yayılması intihar girişimlerini tetikleyebilir. Örneğin bir ABD donanmasına ait bir okulda eğitim alan bir askerin intiharını aynı okulda 2 hafta içinde bir başka intihar ve ayrıca bir intihara teşebbüs izledi. Okul, intihar salgını olma tehdidinin önüne geçmek için intihar kurbanlarına yakın olan askerler için bu konu hakkında bir bilgilendirme programı ve grup terapisi seansları başlattı (Grigg, 1988). Bugün çok sayıda okul, bir öğrenci intihar ederek öldükten sonra


Jeffrey Mayer/Getty Images


AP Photo/Katy Winn

**Benzer yolculuklar** 1994'te, grunge grubu Nirvana'nın lideri olan rock yıldızı Kurt Cobain (solda), 27 yaşında kendini vurarak milyonlarca genç hayranını derinden sarsmıştı. 2017'de günümüzün Cobain'i ve grunge müzik grubu Soundgarden'in baş şarkıcısı olan rock yıldızı Chris Cornell (sağda), 52 yaşında kendini astı. Cobain'den 23 yıl sonra meydana gelen Cornell'in intiharı da Cobain'in hayranlarının çoğunu (şimdilerde orta yaşlı olanlar) şaşkına çevirdi ve cesaretini kırdı.

her yaştan birey için bu türden eylem programları uyguluyor (AFSP, 2018; Joshi ve diğerleri, 2015). Bu tür intihar sonrası programlar, klinisyenler tarafından genellikle *intihar sonrası müdahaleler* olarak adlandırılır.

## ... ÖZETLE...

**BİR İNTİHARI NE TETİKLER?** Birçok intihar eylemi, bir kişinin hayatındaki güncel olaylar veya koşullar tarafından tetiklenebilir. Bu eylemler, sevilen birinin kaybı ve iş kaybı gibi son zamanlarda yaşanan stres faktörleri veya ciddi hastalık, istismarcı ortam ve iş stresi gibi uzun süreli stres faktörleri olabilir. Ayrıca intihar, duygudurumdaki veya düşüncedeki değişiklikleri takiben de gerçekleşebilir, özellikle kişinin umutsuzluk hissinde artış olabilir. Buna ek olarak alkol veya madde kullanımı, zihinsel bozukluklar veya başka birinin intiharıyla ilgili haberler intihar girişimlerine öncülük edebilir.

# İntiharın Altında Yatan Gerekçeler Nelerdir?

Zor durumlarla karşı karşıya kalan insanların çoğu asla kendini öldürmeye çalışmaz. Bazı insanların neden diğerlerine göre intihara daha yatkın olduğunu anlamak amacıyla kuramcılar, kendi kendine zarar verme eylemleri için önceki bölümde ele alınan en olası tetikleyicilerden daha temel açıklamalar önermiştir. Önde gelen kuramlar psikodinamik, sosyokültürel ve biyolojik yaklaşımlardan gelmektedir. Bununla birlikte bu kuramlardan bazıları sınırlı ölçüde araştırma desteği almış ve intihar eylemlerinin tamamını anlamada başarısız olmuştur. Bu nedenle klinik alan şu anda tatmin edici bir intihar anlayışından yoksundur.

## Psikodinamik Yaklaşım

Pek çok psikodinamik kuramcı, intiharın depresyondan ve kişinin başkalarına duyduğu öfkeyi kendine yönlendirmesinden kaynaklandığına inanır. Bu noktayı vurgulamak için tanınmış psikiyatrist Karl Menninger intiharı "180. derecelik cinayet" olarak nitelendirmiştir.

6. Bölüm'de okuduğunuz gibi Freud (1917) ve Abraham (1916, 1911), insanların sevdikleri birinin gerçek veya sembolik kaybını deneyimlediklerinde kayıp kişiyi "içe yansıtma"ya başladıklarını yani kişiyi bilinçsiz bir şekilde kendi kimlikleri ile birleştirdiklerini ve ona karşı hissettiklerini kendilerine karşı hissetmeye başladıklarını öne sürmüştür. Kısa bir süre için kaybedilen sevilen kişiye yönelik olumsuz duygular

### #Oyunbozan

Danışanlar kendilerini öldürme niyetini belirtirlerse terapistler genellikle tedavi konuşmalarını kapsayan doktor-hasta gizlilik sözleşmesini bozabilirler (Middleman ve Olson, 2017).

kendinden nefret etme olarak deneyimlenir. Sevilen kişiye duyulan öfke, kendine karşı yoğun bir öfkeye ve sonunda depresyona dönüşebilir. İntiharın bu kendinden nefret etmenin ve kendini cezalandırmanın aşırı bir ifadesi olduğu düşünülmektedir (Campbell ve Hale, 2017).

Freud'un görüşünü destekleyen araştırmacılar, genellikle çocukluk dönemi kayıpları -gerçek ya da sembolik- ile daha sonraki intihar niteliğindeki davranışlar arasında bir ilişki bulmuştur (Burrell, Mehlum ve Qin, 2018). Örneğin 200 aile öyküsünü içeren klasik bir çalışma, erken ebeveyn kaybının intihar girişiminde bulunanlar arasında (yüzde 48) intihara meyilli olmayanlara (yüzde 24) göre çok daha yaygın olduğunu bulmuştur (Adam, Bouckoms ve Streiner, 1982). Yaygın kayıp biçimleri babanın ölümü ile ebeveynlerin boşanması veya ayrılmasıdır. Benzer şekilde, 343 depresif birey üzerinde yapılan bir diğer çalışma, çocukken ebeveynleri tarafından reddedildiğini veya ihmal edildiğini hissedenlerin yetişkin olarak intihara teşebbüs etme olasılıklarının diğer insanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Ehnvall ve diğerleri, 2008).

Kariyerinin sonlarında Freud, insanların temel bir "ölüm içgüdüsüne" sahip olduğunu öne sürmüştür. Bu içgüdüye *Thanatos* adını vermiştir ve "yaşam içgüdüsünün" karşıtı olduğunu söylemiştir. Freud'a göre çoğu insan, ölüm içgüdüsünü başkalarına yönelterek başka tarafa yönlendirmeyi öğrenirken intihara meyilli insanlar, bir tür kendine öfke ağına yakalanmış gibi bu ölüm içgüdüsünü doğrudan kendilerine yönlendirir.

Sosyolojik bulgular da intihara ilişkin bu açıklama ile tutarlı gibi görünmektedir. Ulusal intihar oranlarının insanların kendi kendilerine zarar veren enerjilerini "düşmana" karşı yönlendirmeye teşvik edildikleri düşünülen savaş zamanlarında düştüğü görülmüştür (Osman ve Parnell, 2015; Maris, 2001). Buna ek olarak dünyanın birçok yerinde, yüksek cinayet oranlarına sahip toplumlar düşük intihar oranlarına sahip olma eğilimindedir ve bunun tersi de geçerlidir (Bills ve Li, 2005).

Kariyerinin sonunda Freud, intihar kuramından duyduğu memnuniyetsizliği ifade etmiştir. Diğer psikodinamik kuramlar da yıllar boyunca onun fikirlerini tartışmışlardır ancak kayıp temaları ve kendine yöneltilmiş saldırganlık genellikle çoğu psikodinamik açıklamanın merkezinde yer almaktadır (Campbell ve Hale, 2017).

## Durkheim'ın Sosyokültürel Yaklaşımı

On dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru bir sosyolog olan Emile Durkheim (1897) kapsamlı bir intihar davranışı kuramı geliştirmiştir. Bugün bu kuram hâlâ etkisini sürdürmekte ve genellikle araştırmalarla desteklenmektedir (Osman ve Parnell, 2015; Fernquist, 2007). Durkheim'a göre intihar olasılığı bir kişinin aile, dinî kurumlar ve toplum gibi sosyal gruplara ne kadar bağlı olduğuna göre belirlenebilir. Bir kişi bu sosyal gruplara ne kadar derinlemesine bağlıysa intihar riski de o kadar düşüktür. Tersine toplumla zayıf ilişkileri olan insanların kendilerini öldürme riski daha yüksektir. Durkheim *egoist, altruist ve anomik intihar* dâhil olmak üzere çeşitli intihar kategorileri tanımlamıştır.

Neden geçmişte şehirler ve ülkeler hem intihara teşebbüs edenleri hem de akrabalarını cezalandırma eğiliminde idi?

*Egoist intiharlar*, toplumun çok az kontrol sahibi olduğu veya hiç kontrol edemediği insanlar tarafından gerçekleştirilir. Bu insanlar, toplumun normları veya kuralları ile ilgilenmezler ve sosyal dokuya entegre olmazlar. Durkheim'a göre bu tür bir intihar, izole edilmiş, yabancılaşmış ve dindar olmayan insanlarda daha olasıdır. Bir toplumda yaşayan bu tür insanların sayısı ne kadar fazlaysa toplumun intihar oranı o kadar yüksektir.

Buna karşılık *altruist intiharlar*, sosyal yapıya o kadar iyi entegre olmuş kişiler tarafından yapılır ki bu kişiler toplumun iyiliği için kasıtlı olarak hayatlarını feda ederler. Başkalarını kurtarmak için kendilerini canlı bir el bombasının üstüne atan askerler, II. Dünya Savaşı sırasında uçaklarını düşman gemilerine süren Japon kamikaze pilotları ve Vietnam Savaşı'nı kendilerini ateşe vererek protesto eden



Walt Disney Studios Motion Pictures/Photofest

### #EkstraCezalandırma

On dokuzuncu yüzyıla kadar Fransa ve İngiltere'deki intihar kurbanlarının cesetleri, bazen suçluların infazlarına sürüklendiği şekilde baş aşağı, bir çerçeve üzerinde sokaklarda sürükleniyordu (Wertheimer, 2001; Fay, 1995).

**Başkalarının iyiliği için** Emile Durkheim'a göre hayatlarını kasıtlı olarak başkaları için feda edenler altruist intihar ediyorlar. 2016 yapımı Rogue One filminde Jyn Erso, gezegenleri yok edebilen güçlü bir süper silah olan Ölüm Yıldızı'nın şematik diyagramını ele geçirmek için küçük bir asi gönüllü grubunu "intihar görevi" için yönetiyor. Jyn ve grubu, diyagramı başarılı bir şekilde ele geçirip Asi komuta gemisine ileterek Ölüm Yıldızı'nın yok edilmesini ve galaksinin kurtarılmasını harekete geçiriyor, ancak hepsi, bildikleri gibi bu süreçte ölüyorlar.

Budist rahipler ve rahibeler altruist intihar kategorisinde görülebilir. Durkheim'a göre insanları başkaları için kendilerini feda etmeye ve kendi onurlarını korumaya teşvik eden toplumların (Doğu Asya toplumlarının yaptığı gibi) intihar oranlarının yüksek olması daha muhtemeldir.

Durkheim'ın önerdiği bir başka kategori olan *anomik intiharlar*, sosyal çevreleri yaşamı desteklemek ve anlamlandırmak için aile ve din gibi istikrarlı yapılar sunmakta başarısız olan kişiler tarafından gerçekleştirilenlerdir. *Anomi* denen (kelimenin tam anlamıyla "kanunsuz" veya toplumsal düzensizlikten duyulan rahatsızlık) böyle bir toplumsal durum, insanları aidiyet duygusundan mahrum bırakır. Bir toplumun yapılarını reddeden bir kişinin eylemi olan egoist intihardan farklı olarak anomik intihar düzensiz, yetersiz, çoğu zaman çürüyen bir toplum tarafından hayal kırıklığına uğratılmış bir kişinin eylemidir.

Durkheim ayrıca toplumların anormal dönemlerden geçtiklerinde intihar oranlarının arttığını savunmuştur. Tarihî değişimler de bu iddiayı desteklemektedir. Ekonomik bunalım dönemleri bir ülkede bir dereceye kadar anomiye neden olabilir ve bu tür zamanlarda ulusal intihar oranları yükselme eğilimindedir (Kerr ve diğerleri, 2017). Nüfus değişikliği ve artan göç dönemleri de bir anomi durumuna yol açma eğilimindedir ve yine intihar oranları yükselir (Kposowa ve diğerleri, 2008).

Genel toplumsal sorunlardan ziyade bir kişinin yakın çevresinde meydana gelen büyük bir değişiklik de anomik intihara yol açabilir. Örneğin aniden büyük miktarda bir para miras kalan insanlar; sosyal, ekonomik ve mesleki yapılarla ilişkileri değiştikçe bir anomi döneminden geçebilirler. Böylece Durkheim, bireysel refah veya statüde değişiklik için daha fazla fırsata sahip toplumların daha yüksek intihar oranlarına sahip olacağını öngörmüştür. Bu tahmin aynı zamanda araştırmalar tarafından da desteklenmektedir (Cutright ve Fernquist, 2001).

Günümüzün sosyokültürel kuramcıları Durkheim'ın belirli fikirlerini her zaman benimsemese de çoğu; kişiler arası değişkenlerin, sosyal yapının ve kültürel stresin intiharda genellikle önemli roller oynadığı konusunda hemfikirdir. Araştırmacı Thomas Joiner'in bir sonraki başlık altında tartışılan güncel çalışması, buna iyi bir örnektir.



Thaier Al-Sudani/Reuters

**Altruist intihar?** Bağdat'taki bir sanat galerisinde intihar bombacısının kilden yapılmış heykeli sergileniyor. Bazı sosyologlar, bu tür bombardıman uçaklarının eylemlerinin Durkheim'ın altruist intihar tanımına uyduğuna inanıyor ve bombardıman uçaklarının toplumlarının iyiliği için hayatlarını feda ettiklerine inandıklarını savunuyorlar. Bununla birlikte diğer kuramcılar, bu tür birçok bombardıman uçağının, yok ettikleri masum yaşamlara kayıtsız göründüğüne ve bombardıman uçaklarını fedakârlık duyguları yerine nefretle motive edilen kitlesel katiller olarak sınıflandırdıklarına işaret etmektedir (Lankford, 2013; Humphrey, 2006).

## Kişiler Arası Yaklaşım

On yıldan fazla bir süredir, klinik araştırmacı Thomas Joiner ve meslektaşları **kişiler arası intihar kuramını** geliştirmektelerdir (Joiner ve diğerleri, 2017; Joiner, 2009, 2005). *Kişiler arası psikolojik kuram* olarak da adlandırılan bu yaklaşım, insanların iki önemli kişiler arası düşünceye sahipse intihar edeceklerini söyler: *kendisini diğerlerine yük olarak görmek* ve *aidiyet hissedememek* ve aynı zamanda geçmişteki yaşam deneyimlerinden ötürü intiharı gerçekleştirme konusunda kendini psikolojik olarak yapabilir hissetmek. Kuram, bu bölüm boyunca okuduğunuz diğer faktörlerin önemini de göz ardı etmez. Ancak Joiner'ın araştırma ekibi, kendini başkalarına yük olarak görmek, aidiyet hissetmemek ve yapabilirlik algısı olmadan diğer faktörlerin kendini öldürme ile sonuçlanmasının çok muhtemel olmadığını ileri sürmektedir (Rogers ve diğerleri, 2017).

Bu kurama göre başkalarına yük olduğunu hisseden kişiler, varlıklarının ailelerine, arkadaşlarına hatta topluma ağır ve kalıcı bir yük oluşturduğuna inanırlar. Genellikle yanlış olan bu algı "ölümümün, ailem ve arkadaşlarım için yaşamamdan daha değerli olacağı" fikrini doğurabilir (Silva vd., 2017; Joiner, 2009).

Aidiyet hissetmeyen insanlar, kendilerini bir ailenin veya sosyal ağın ayrılmaz bir parçası değil, diğerlerinden soyutlanmış ve yabancılaşmış hisseder. Sosyal kopukluk algıları abartılmış veya izolasyonda olmak gibi doğru da olabilir ancak her iki durumda da kalıcı, değiştirilemez ve sınırlayıcı bir durum oluşturur.

Araştırmalar, bu kişiler arası algıların her ikisini de yaşayan kişilerin intihar arzusu geliştirmeye meyilli olduğunu göstermektedir (Buckner ve diğerleri, 2017; Ma ve diğerleri, 2016). Bununla birlikte araştırmalar aynı zamanda bu tür bireylerin, kuramda belirtilen üçüncü değişkene -yani psikolojik olarak kendilerine ölümcül zarar verebilme hissine- sahip olmadıkça intihara teşebbüs etme ihtimalinin düşük olduğunu da göstermektedir (Ribeiro ve Joiner, 2009).

**İntiharın Kişiler Arası Kuramı**
Diğerlerine yük olduğu hissi, engellenmiş aidiyet ve intihar konusunda psikolojik bir yeteneğe sahip kişilerin intihara teşebbüs etme olasılığının en yüksek olduğunu iddia eden kuram. Kişiler arası psikolojik kuram olarak da adlandırılır.

### #ArtanRisk

Bazı araştırmalar, doğum günlerinin daha büyük bir intihar riski ile ilişkili olduğunu bulmuştur. İnsanların doğum günlerinde intihar etme olasılığı çok daha yüksektir (Stickley ve diğerleri, 2016).

Joiner'e göre hepimizin yaşamak ve kendimizi korumak için temel bir güdümüz vardır -taciz, travma, ağır hastalık veya benzeri gibi acı verici veya zorlayıcı yaşam deneyimlerine tekrar tekrar maruz kalmanın sonucu olarak bazı insanlar için zayıflayan bir güdü. Böylesi tekrarlayıcı deneyimler söz konusu olduğunda bu insanlar acıya karşı tolerans geliştirebilir ve ölüme adım atmakla ilgili korkusuzluk gösterebilir (Rogers ve diğerleri, 2017; Joiner, 2009). Diğer deyişle, Joiner'ın ifadesiyle intihar girişimi için psikolojik bir yapabilirlik hissi kazanabilirler.

Ergenlerden yaşlılara kadar farklı gruplarla yürütülen araştırmalar başkalarına yük olma algısı, aidiyet hissetmeme ve psikolojik yapabilirliğin bir kombinasyonuna sahip kişilerin intihara teşebbüs etme olasılıklarının, bu özelliklere sahip olmayan insanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Rogers ve diğerleri, 2017 ; Horton ve diğerleri, 2016).

Bu üç faktör kesinlikle genel olarak halk arasındaki intiharlarda açıklayıcı olsa da bu kuramın halk arasından iki kat daha yaygın olan asker intiharlarındaki karşılığı olup olmadığı klinik araştırmacılar arasında özel bir ilgi uyandırmıştır (Monteith ve diğerleri, 2018; Nock ve diğerleri 2017). Araştırmalar, birçok askerin ve gazinin, belki de kısmen askerî eğitim ve çatışmaların doğası ve etkisi nedeniyle, sonunda ailelerine yük oldukları (başkalarına yük olma) hissi geliştirdiklerini, sivil hayata entegre olmada zorluk çektiklerini (aidiyet hissetmeme) ve şiddete alışmaya başladıklarını (intihara yönelik psikolojik yapabilirlik) ortaya koymuştur (Lusk ve diğerleri, 2015). Buna bağlı olarak araştırmalar, bu tür bireylerin sıklıkla intihar düşünceleri geliştirdiğini bulmuştur (Silva ve diğerleri, 2017).

## Biyolojik Yaklaşım

Yıllar boyunca biyolojik araştırmacılar, intihara meyilli kişilerin ebeveynleri ve yakın akrabaları arasında intihara meyilli olmayanlara göre daha yüksek intihar oranları bulmuşlardır (Wang ve diğerleri, 2017). Bu tür bulgular, genetik ve dolayısıyla biyolojik faktörlerin iş başında olduğunu gösteriyor olabilir.

**İntihar bazen aile içinde tekrarlanır. Klinisyenler ve araştırmacılar bu tür aile kalıplarını nasıl açıklayabilir?**

Ayrıca laboratuvar çalışmaları biyolojik intihar görüşü için daha doğrudan destek sunmaktadır. Umut verici bir araştırma dizisi özellikle *serotonine* odaklanmaktadır. Bu nörotransmiterin aktivite düzeyinin intihar girişimini tamamlayan kişilerde genellikle görece düşük olduğunu göstermektedir (Fanelli ve Serretti, 2019; Kennebeck ve Bonin, 2017). İlk bakışta bu bulgu bize yalnızca depresif insanların sıklıkla intihara teşebbüs ettiğini söylüyor gibi görünebilir. Sonuçta depresyonun kendisi de düşük serotonin aktivitesi ve depresyonla bağlantılı beyin devrelerindeki işlev bozukluğu ile ilgilidir. Öte yandan depresyon öyküsü olmayan intihara meyilli kişilerde bile düşük serotonin aktivitesi ve beyin devresi bozukluğuna dair kanıtlar vardır (Marın ve Currier, 2007). Diğer deyişle düşük serotonin aktivitesi ve beyin devresi işlev bozukluğu da intiharda depresyondan ayrı bir rol oynuyor gibi görünmektedir.

**Saldırganlık anahtar faktör mü?** Biyoloji kuramcıları, düşük serotonin aktivitesi ve zayıf beyin devresi işleyişi tarafından üretilen artan saldırganlık ve dürtüsellik duygularının intiharda anahtar faktörler olduğuna inanıyor. 2007'de profesyonel güreş şampiyonu Chris Benoit (sağda) karısını ve oğlunu öldürdü ve ardından bu kuramla tutarlı görünen bir trajedi olarak kendini astı. Buna ek olarak toksikoloji raporları, Benoit'in vücudunda steroidler yani saldırganlığa ve dürtüselliğe neden olduğu bilinen ilaçlar buldu.

Bu tür serotonin ve beyin devresi anormallikleri intihar davranışı olasılığını doğrudan nasıl artırabilir? Bir olasılık, saldırgan ve dürtüsel davranışlara katkıda bulunmalarıdır (Huang ve diğerleri, 2017; Rizzi ve Marras, 2017). Örneğin saldırgan ve dürtüsel erkeklerin (kundakçılık ve cinayet işleyenler dâhil) diğer erkeklere göre daha düşük serotonin aktivitesi ve daha zayıf beyin devresi işlevi gösterdiği bulunmuştur (Mann ve Currier, 2007; Oquendo ve diğerleri, 2006, 2004). Bu tür bulgular, düşük serotonin aktivitesi ve beyin devrelerindeki işlev bozukluğunun saldırgan duygular ve dürtüsel davranışlar üretmeye yardımcı olduğuna işaret etmektedir. Klinik olarak depresif olan kişilerde bu biyolojik anormallikler, özellikle intihar düşünceleri ve eylemlerine karşı savunmasız olmalarına neden olan agresif eğilimlere yol açabilir. Bununla birlikte depresif bir bozukluk olmasa bile düşük serotonin aktivitesine ve anormal işleyişteki beyin devresine sahip kişiler, kendileri veya başkaları için tehlikeli olabilecek kadar agresif duygular geliştirebilirler.



J. Shearer/Getty Images

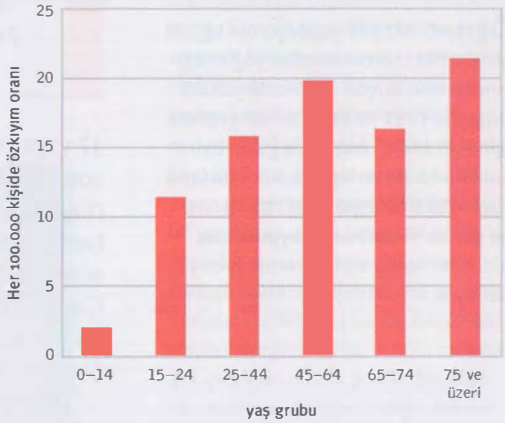
## ...ÖZETLE...

**İNTİHARIN TEMEL NEDENLERİ NELERDİR?** İntihar için önde gelen açıklamalar psikodinamik, sosyokültürel ve biyolojik modellerden gelmektedir. Psikodinamik kuramcılar, intiharın genellikle depresyondan ve kendine yönelik öfkeden kaynaklandığına inanırlar. Emile Durkheim'ın sosyokültürel kuramı, kişinin toplumla ilişkisine dayalı olarak üç intihar kategorisi tanımlar: egoist, altruist ve anomik intihar. Daha yeni bir kuram olan kişilerarası kuram, başkalarına yük olma hissi, bir yere aidiyet hissetmeme ve intiharı gerçekleştirmek için psikolojik bir yeteneğe sahip kişilerin intihara teşebbüs etme olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Biyolojik kuramcılar, düşük serotonin aktivitesinin ve depresyonla ilişkili beyin devresindeki anormalliklerin intihara katkıda bulunduğunu öne sürmektedir.

# İntihar Yaş ile İlişkili mi?

Her yaştan insan kendini öldürmeye çalışsa da intihar yoluyla ölme olasılığı, yaşla birlikte orta yaşa kadar giderek artmakta, daha sonra yaşlılığın erken evrelerinde azalmakta ve 75 yaşından itibaren tekrar artmaktadır (bk. **Şekil 7-2**). Şu anda, her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 yaşın altındaki her 100.000 kişiden 2'si kendini öldürürken 15 ila 24 yaş arasındaki her 100.000 kişiden 11'i, 25 ila 44 yaş arasındaki her 100.000 kişiden 16'sı, 45-64 yaş arası her 100.000 kişiden 20'si, 65-74 yaş arası her 100.000 kişiden 16'sı ve 75 yaş üstü her 100.000 kişiden 21'i kendini öldürmektedir (AFSP, 2018; CDC, 2016). Orta yaşlılar arasındaki istisnai intihar oranı nispeten yeni bir durumdur ve nedeni tam olarak anlaşılmamaktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018).

Klinisyenler, üç yaş grubun kendine zarar verme davranışına özellikle dikkat çekmektedir: *çocuklar, ergenler ve yaşlılar*. Bu bölümde tartışılan intiharın özellikleri ve kuramları tüm yaş grupları için geçerli olsa da her grup, üyelerinin intihar eylemlerinde anahtar rol oynayabilecek özgün sorunlarla karşı karşıyadır.




ŞEKİL 7-2

**İntihar ve Yaş**

Amerika Birleşik Devletleri'nde öz kıyım oranları orta yaşa kadar yükselmeye devam ediyor, ardından yaşlılığın ilk on yılında düşüyor ve 74 yaşın üzerindeki kişilerde tekrar yükseliyor (AFSP, 2018, 2017; CDC, 2016'dan alınan bilgiler).

## Çocuklar

Çocuklar arasında intihar, son birkaç on yılda artmasına rağmen nadir görülmektedir (Schreiber ve Culpepper, 2018). 11 yaşın altındaki çocuklar için her bir milyon çocuktan biri kendini öldürmektedir. Bu oran, 11 ila 14 yaş arası çocuklarda 100.000'de ikiye ve birazdan göreceğiniz gibi 15 ila 19 yaş arası gençler arasında 100.000'de 8'e yükselmektedir (Kennebeck ve Bonin, 2017; CDC, 2016). Buna ek olarak her 100 çocuktan 1'inin kendine zarar vermeye çalıştığı ve her yıl binlerce çocuğun bıçaklanma, kesme, yakma ya da silahla kendini vurma, aşırı doz veya yüksek yerlerden atlama gibi kasıtlı olarak kendine zarar verici eylemler nedeniyle hastaneye kaldırıldığı tahmin edilmektedir (Fortune ve Hawton, 2007).

Araştırmalar; çocukların intihar girişimlerinden önce genellikle evden kaçma, kaza yapmaya meyilli olma, agresif davranış, öfke nöbetleri, öz eleştiri, sosyal geri çekilme ve yalnızlık, başkalarının eleştirilerine aşırı duyarlılık, düşük hayal kırıklığı toleransı, uyku problemleri, karanlık fanteziler, hayaller veya halüsinasyonlar, belirgin kişilik değişimi, ölüm ve intihara karşı büyük bir ilgi gibi davranış özellikleri gözlendiğini rapor etmiştir (Soole ve diğerleri, 2015; Wong ve diğerleri, 2011). Ayrıca araştırmalar çocuk intiharlarının yakın zamanda sevilen bir kişinin kaybı veya kaybının beklenmesi, aile ile ilişkili stres ve bir ebeveynin işsizliği, ebeveynler tarafından taciz, akranlar tarafından kurban edilme (örneğin zorbalık) ve klinik düzeyde depresyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Kennebeck ve Bonin, 2017; van Geel, Vedder ve Tanilon, 2014).


Kaku Kurita/Getty Images

**Öğrenci stresi** Japonya'nın eğitim sistemini karakterize eden yoğun eğitim ve test, birçok öğrencide yüksek düzeyde stres yaratır. "Sınavı geçmek için mücadele" anlamına gelen bir kafa bandı takan bu çocuk, çocukların özel akademik eğitim, ekstra dersler ve günde 11 saat sınav uygulaması aldığı bir kamp olan summer juku'ya katılıyor.

Çoğu insan, çocukların intihar eyleminin anlamını tam olarak anladıklarına inanmakta zorlanır. Bir çocuğun düşünceleri çok sınırlı olduğu için intihara teşebbüs eden çocukların, cennette annesine kavuşmaya çalışan Demaine gibi Shneidman'ın "ölümü yok sayanlar" kategorisine girdiğini iddia eder (Kennebeck ve Bonin, 2017). Ancak birçok çocuk intiharı, ölümün ne olduğunu anlama isteği ve açık bir şekildeki ölme arzusuna dayanıyor gibi görünmektedir (Pfeffer, 2003). Ek olarak okula giden çocuklarla yapılan görüşmeler, bu çocukların yüzde 6 ila 33'ünün intiharı bir şekilde düşündüğünü ortaya çıkarmıştır (Riesch ve diğerleri, 2008; Culp, Clyman ve Culp, 1995).

## Ergenler

*Sevgili anne, baba ve diğer herkes,*

*Yaptığım şey için özür dilerim, hepinizi sevdim ve sonsuza dek de hep seveceğim. Lütfen, lütfen ama lütfen bunun için kendinizi suçlamayın. Hepsi benim hatam, sizin ya da başkasının değil. Eğer bunu şimdi yapmasaydım daha sonra yine yapardım. Hepimiz bir gün öleceğiz, ben sadece daha erken ölüyorum.*

*Sevgiler,*
*John*

*(Berman, 1986)*

17 yaşındaki John'un intiharı nadir görülen bir olay değil. İntihar eylemleri 13 yaşından sonra daha da artmaya başlar. Her yıl resmi kayıtlara göre Amerika Birleşik Devletleri'ndeki her 100.000 gençten (14-18 yaş arası) 8'i hayatını sona erdirmektedir (Kennebeck ve Bonin, 2017; Nock ve diğerleri, 2013). Buna ek olarak gençlerin en az yüzde 12'si sürekli intihar düşüncesine sahiptir ve yüzde 4 ile 8'i intihar girişiminde bulunmaktadır. Gençler arasında ölümcül hastalıklar çok yaygın olmadığı için intihar, kazalardan sonra bu yaş grubunda ikinci önde gelen ölüm nedeni hâline gelmiştir (CDC, 2017). Tüm ergen ölümlerinin yaklaşık yüzde 19'u intihar sonucudur denebilir (Heron, 2016).

Diğer yaş gruplarındaki insanlar gibi ergen intiharlarının da yaklaşık yarısı klinik depresyona, düşük benlik saygısına ve umutsuzluk duygularına bağlıdır ancak kendilerini öldürmeye çalışan birçok genç de öfke ve dürtüsellikten muzdarip veya ciddi alkol veya uyuşturucu sorunlarına sahip gibi görünmektedir (Schreiber ve Culpepper, 2018; Kennebeck ve Bonin, 2017). Bazılarının sorunları belirleme ve çözme yeteneklerinde de yetersizlikler vardır.

İntiharı ciddi olarak aklından geçiren veya intihara teşebbüs eden gençler genellikle büyük stres altındadır (Steele ve diğerleri, 2018; Stewart ve diğerleri, 2018). Ebeveynlerle zayıf (veya eksik) ilişkiler, aile içi çatışmalar, yetersiz akran ilişkileri, sosyal izolasyon veya tekrarlayıcı nitelikte zorbalık gibi uzun süredir devam eden zorbalıkla uğraşıyor olabilirler. Gerçekten de intihar girişimleri, zorbalık kurbanları arasında diğer gençlere göre en az iki kat daha yaygındır. Bundan farklı olarak bir ebeveynin işsizliği veya tıbbi hastalığı, aile içi maddi sıkıntılar veya bir erkek arkadaş veya kız arkadaştan ayrılma şeklinde yaşanabilen sosyal bir kayıp gibi daha doğrudan stresle de tetiklenebilir. Okuldaki stres, intihar girişiminde bulunan gençler için özellikle yaygın bir sorun gibi görünmektedir. Bazıları okula ayak uydurmakta zorlanan kişiler olabilirken bazıları da mükemmel olma ve sınıfın zirvesinde kalma baskısı hisseden yüksek başarılı kişiler olabilir.

Özellikle stres altında olan bir grup LGBTQ (lezbiyen, gey, biseksüel, transeksüel ve kuir) gençleridir. Muhtemel cinsiyet konusunda yaşadıkları endişelere ilaveten hayatlarında genellikle akranları tarafından taciz, ön yargı, damgalama ve mağduriyet yaşarlar. Araştırmalar, intihar düşüncesine sahip olma ve intihara teşebbüs etme olasılıklarının diğer gençlere göre üç kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Forcier ve Olson-Kennedy, 2017).

Bazı kuramcılar, ergenlik döneminin intihar eylemlerinin daha muhtemel olduğu stresli bir iklim ürettiğine inanmaktadır. Ergenlik; genellikle evde ve okulda çatışmalar, depresif duygular, gerginlikler ve zorluklarla tanımlanan hızlı bir büyüme dönemidir. Ergenler olaylara diğer yaş gruplarındaki bireylere göre daha hassas, öfkeli, dramatik

### #KısıtlıYardım

İntihar girişiminde bulunan gençlerin yüzde 55'inden fazlası intihar davranışlarının başlangıcından önce bir çeşit terapi aldı ancak daha sonraki eylemlerini engelleyemedi (Nock ve diğerleri, 2013).

ve dürtüsel tepki verme eğilimindedir. Dolayısıyla stres esnasında intihar girişiminde bulunma olasılıkları daha yüksektir (Greening ve diğerleri, 2008). Son olarak ergenlerin telkine açıklığı ve intihara teşebbüs edenler de dâhil olmak üzere başkalarını taklit etme istekleri intihar eylemine zemin hazırlayabilir (Kennebeck ve Bonin, 2017). Bir çalışma, geçen yıl içinde bir tanıdığı veya akrabasının intiharına maruz kalan ergenlerin, bu tür bir kişisel maruz kalmaya sahip olmayan ergenlere göre intihara teşebbüs etme olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Swanson ve Colman, 2013). Sosyal paylaşım sitelerindeki bireyler tarafından yakın zamanda gerçekleşen intiharların da -yüz yüze hiç tanışmamış bireyler de dâhil- birçok genç kullanıcının intihara teşebbüs etme olasılığını artırabileceğine inanılmaktadır (Briggs, Slater ve Bowley, 2017).

**Ergen İntiharları: İntihar Girişiminde Bulunmaya Karşı İntihar Gerçekleştirme** Kendini öldüren ergenden çok daha fazlası intihar girişiminde bulunmaktadır -çoğu uzman bu oranın en az 100'e 1 olduğuna insansa da, gerçekte tahminler ise 200'e 1 kadar yüksek bir aralıktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018; Kennebeck ve Bonin, 2017). Buna karşılık yaşlılarda oranın 4'e 1 olduğu düşünülmektedir (AFSP, 2018). Alışılmadık derecede çok sayıdaki başarısız girişim, ergenlerin bu tür girişimlerde bulunan orta yaş ve yaşlı insanlara kıyasla bu kararlarından daha az emin olduğu anlamına gelebilir. Bazıları gerçekten ölmek isterken birçoğu başkalarının ne kadar çaresiz olduklarını anlamalarını sağlamak isteyebilir veya yardım almak veya başkalarına bir ders vermek isteyebilirler (Apter ve Wasserman, 2007). İntihar girişiminde bulunan gençlerin yarısı, gelecekte tekrar dener ve sonuçta yüzde 14'ü de intihar nedeniyle ölmektedir (Horwitz, Czyz ve King, 2014; Wong ve diğerleri, 2008).


Beth Dubber/©Netflix/courtesy Everett Collection

Peki, intihar girişimi oranı gençler arasında (ve aynı zamanda genç yetişkinler arasında) neden bu kadar yüksek? Çoğu toplumsal faktörlere işaret eden birkaç açıklama ortaya atılmaktadır. Birincisi, genel nüfustaki gençlerin ve genç yetişkinlerin sayısı ve oranı arttıkça iş bulma, üniversite girişi ve akademik ve atletik ödüller için rekabet artmakta ve giderek artan hayal kırıklığı ve yılgınlıklara yol açmaktadır (Kim ve Cho, 2017; Holinger ve Offer, 1993, 1991, 1982). Diğer açıklamalar, aile içindeki bağların zayıfladığına (Günümüz gençlerinin çoğunda yabancılaşma ve reddedilme duygularına neden olabilir.) ve alkol ve diğer uyuşturucuların kolay bulunabilirliğine, gençler ve genç yetişkinler arasında bunları kullanma baskısına işaret etmektedir (Kennebeck ve Bonin, 2017; Cutler vd., 2001).

Gençlerin ve genç yetişkinlerin intiharlarının kitlesel medyada yer alması da gençler arasındaki yüksek oranlara katkıda bulunabilir (Shain ve AAP Ergenlik Komitesi, 2016). Medyanın ve sanatın sıklıkla sunduğu gençlik dönemi intiharlarının ayrıntılı anlatımları, intihar düşünen gençler için rol model de olabilir (Gould ve diğerleri, 2014).

**Ergen İntiharları: Çok Kültürlü Sorunlar** Amerika Birleşik Devletleri'nde ergen intihar oranları ırk ve etnik kökene göre değişir. Her yıl 100.000 Hispanik olmayan beyaz Amerikalı gencin yaklaşık 9'u intihar sonucu ölürken her 100.000 Afrikalı Amerikalı gencin 5'i ve her 100.000 Hispanik Amerikalı gencin 5'i intihar sonucu ölmektedir

**13 Reasons Why (Ölmem İçin 13 Sebep)** Gençler arasında oldukça popüler bir Netflix dizisi olan 13 Reasons Why'ın neden olduğu heyecanı yaratan çok az dizi oldu. Dizi, sınıf arkadaşlarının yaşattığı bir dizi travmatik olay yaşadıktan sonra bileklerini ölümcül bir şekilde kesen genç Hannah Baker'ı anlatıyor. Hannah'nın intiharından sonra sınıf arkadaşları ondan kendisini öldürmesinin 13 nedenini anlatan ses kayıtlarını içeren bir paket alır. Dizinin olumlu tarafı, ergen intiharı konusunda farkındalık yaratması ve bu konu hakkında akranlar arası ve ebeveyn-çocuk konuşmalarının yapılmasına yardımcı olmasıdır. Olumsuz tarafı, birçok klinisyen ve eğitimcinin, dizinin intiharı çok grafiksel olarak gösterdiğinden, istemeden normalleştirdiğinden ve bazı izleyiciler tarafından kendini öldürme ve kendine zarar verme eylemlerini tetikleyebileceğinden endişe etmesidir.

## #TwitterTehlikesi

Çok sayıda Twitter kullanıcısı Twitter'da intiharını ilan ediyor. İntiharla ilgili tüm tweet'ler ciddiye alınmalıdır ancak araştırmalar, daha fazla kelime sayısı, birinci şahıs zamirlerinin daha fazla kullanımı ve ölüme daha fazla atıfta bulunanların özellikle endişe verici olabileceğini bulmuştur (O'Dea ve diğerleri, 2018).




AP Photo/Michael Albans

**Devam eden trend** Kızılderililer arasında intihar oranı ulusal ortalamanın çok üzerindedir. Burada Montana, Poplar'daki Fort Peck Indian Reservation'daki bir orta okulda genç bir intihar kurbanı için bir anma töreni düzenleniyor.

(CDC, 2016; Goldston ve diğerleri, 2008). Aynı zamanda bu üç grubun oranları giderek birbirine yaklaşmaktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018). Bu hayatı sonlandırma trendi, genç Afrikalı, Hispanik ve İspanyol olmayan beyaz Amerikalılar üzerinde giderek artan benzer baskıları yansıtıyor olabilir -örneğin şu anda bu üç grup için de yüksek not ve üniversite fırsatları için şiddetli rekabet içinde olma. Genç Afrikalı ve Hispanik Amerikalılar için artan intihar oranları; artan işsizliklerle, şehir yaşamının birçok baskısıyla ve toplumumuzdaki ırksal eşitsizlikler ve ayrımcılık nedeniyle birçok kişinin hissettiği kızgınlıkla bağlantılı olabilir (Kennebeck ve Bonin, 2017). Araştırmalar ayrıca her yıl 100.000 Asyalı Amerikalı gençten 5,7'sinin hayatlarını sona erdirdiğini göstermektedir.

En yüksek genç intihar oranı, Amerikalı Kızılderililerde görülmektedir. Şu anda her yıl her 100.000 Amerikalı Kızılderili gençten yaklaşık 18'i intihar nedeniyle ölmektedir. Hispanik olmayan beyaz Amerikalı gençlerin oranını ikiye, diğer azınlık gençlerin oranını üçe katlamaktadır (CDC, 2016). Klinik kuramcılar, bu olağanüstü yüksek oranı Amerikalı Kızılderili gençlerin çoğunun karşılaştığı aşırı yoksulluk, kısıtlı eğitim ve iş imkânları, özellikle yüksek oranda alkol bağımlılığı ve Kızılderililer için ayrılmış bölgelerde yaşayanların coğrafi izolasyonu gibi faktörlere bağlamaktadır (SAMHSA, 2018 ; Dillard vd., 2017). Ek olarak bazı Kızılderililer için ayrılmış bölgelerin yüksek intihar oranlarına sahip olduğu -*küme hâlinde intiharlar* olarak da adlandırılır- ve bu tür topluluklarda yaşayan gençlerin alışılmadık bir şekilde intihar kavramına maruz kaldığı, hayatlarının dağıldığı, intihar modellerini gözlemlediği ve intihar bulaşma riski altında olduğu görülmektedir (SAMHSA, 2017).

## Yaşlılar

Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 ila 74 yaş arasındaki her 100.000 kişiden 16'sından fazlası kendini öldürmektedir. Daha önce okuduğunuz gibi bu oran 74 yaşın üzerindeki kişilerde 100.000'de 21,4'e kadar çıkmaktadır (AFSP, 2018; CDC, 2016). Yaşlı insanlar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm intiharların yüzde 18'inden fazlasını oluşturmaktadır ancak toplam nüfusta bu oran yalnızca yüzde 15'tir (NVSR, 2016; ABD Sayım Bürosu, 2016).

**İnsanlar neden yaşlıların veya kronik hastalığı olanların intiharlarını genç veya sağlıklı insanlarınkinden daha az trajik olarak görüyor?**

Yaşlılardaki bu yüksek intihar oranına birçok faktör katkıda bulunmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça sıklıkla hastalanır, yakın arkadaşları ve akrabalarını kaybeder, yaşamları üzerindeki kontrollerini ve toplumdaki statülerini kaybeder (Steele ve diğerleri, 2018). Bu tür deneyimler; yaşlı kişilerde umutsuzluk, yalnızlık, depresyon, "başkalarına yük olma hissi" veya çaresizlik duygularına yol açarak intihara teşebbüs etme olasılığını artırabilir (Steele ve diğerleri, 2018; Kim ve diğerleri, 2014). Bir çalışma, intihar sonucu ölen özellikle yaşlı bireylerin (80 yaşın üzerinde olanlar) üçte ikisinin intihardan önceki 2 yıl içinde tıbbi nedenlerle hastaneye kaldırıldığını (Erlangsen ve diğ., 2005) ve başka bir çalışma ise intihar girişiminde bulunan yaşlı insanlar arasında yüksek oranda damar yolu veya solunum yolu hastalıkları olduğunu (Levy ve diğerleri, 2011) bulmuştur. Başka araştırmalar da yakın zamanda eşini kaybeden yaşlılarda intihar oranının özellikle yüksek olduğunu göstermiştir (Schreiber ve Culpepper, 2018).

Yaşlı insanlar ölme kararlarında genellikle gençlere göre daha kararlıdır ve öncesinde daha az uyarıda bulunurlar, bu nedenle başarı oranları çok daha yüksektir (Dennis ve Brown, 2011). Daha önce okuduğunuz gibi intihara teşebbüs eden her dört yaşlıdan biri başarılı olur. Yaşlıların kararlılığı ve fiziksel gerileme göz önüne alındığında bazı insanlar ölmek isteyen yaşlıların düşüncelerinde net olduklarını ve dileklerini yerine getirmelerine izin verilmesi gerektiğini savunmaktadır (Emanuel, 2017) (bk. ***Bilgi Merkezi***). Bununla birlikte klinik depresyon, yaşlıların intiharlarının yüzde 60 kadarında önemli bir rol oynamaktadır ve bu da intihara meyilli olan yaşlı insanların depresif bozuklukları

### #ÖzlüSözler

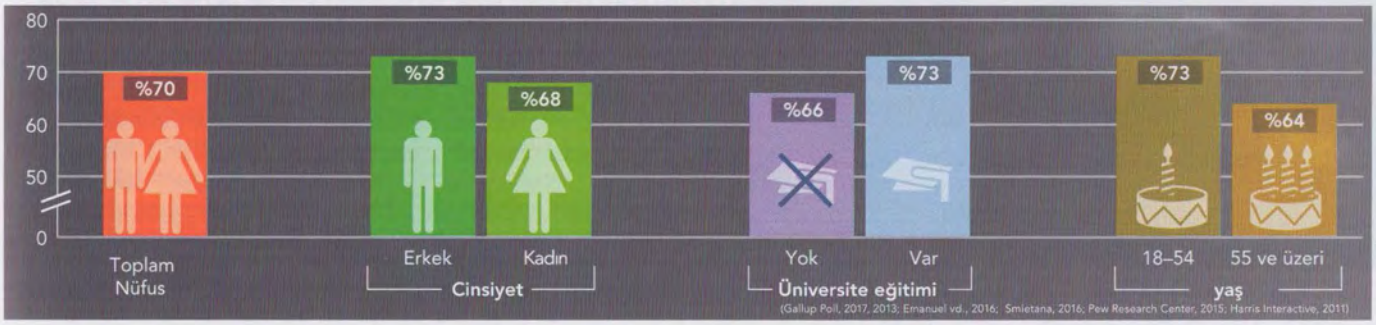
"Yaşlanmanın korkunçluğuna katlanmak için ne kadar iyi bir mizaç ve mizah gerekiyor."

Sigmund Freud, 1937

# İNTİHAR EDEREK ÖLME HAKKI

Eski Yunanistan'da, ağır bir hastalığı veya akıl hastalığı olan vatandaşlar, kendi canlarına son vermek için Senato'dan resmi izin alabilirdi. Buna karşılık, çoğu Batı ülkesi geleneksel olarak "yaşamın kutsallığına" olan inançlarına dayanarak intihardan vazgeçirdi. Ancak bugün, bir kişinin **"intihar ederek ölme hakkı"**, özellikle büyük ağrı ve ölümcül hastalıkların sona ermesiyle bağlantılı olarak, halktan giderek daha fazla destek almaktadır (Quill ve Battin, 2018; Braverman ve diğerleri, 2017).

## ÖLÜMCÜL HASTALIĞA YAKALANMIŞ HASTALARIN İNTİHAR EDEREK ÖLME HAKLARINI KİM DESTEKLİYOR?




(Gallup Poll, 2017, 2013; Emanuel vd., 2016; Smietana, 2016; Pew Research Center, 2015; Harris Interactive, 2011)

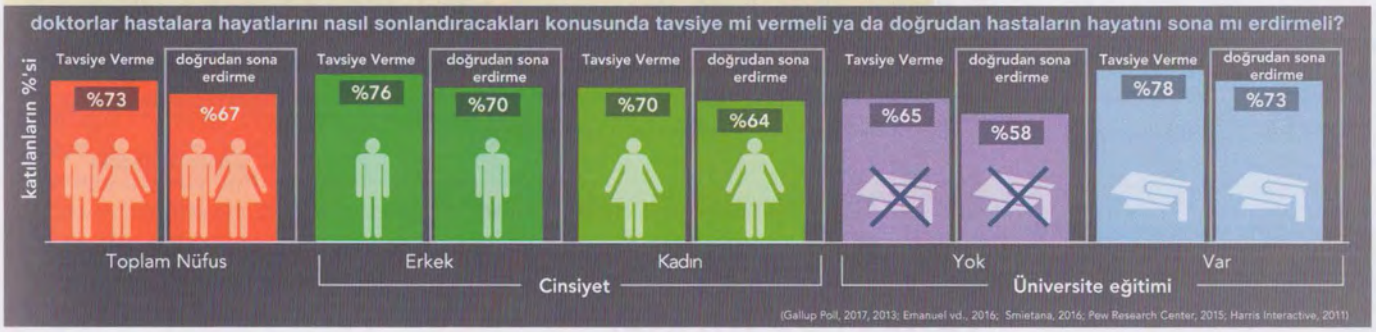
## ÖTANAZİ VE DOKTOR DESTEKLİ İNTİHAR

Ötenazi, aynı zamanda "merhametle öldürme" olarak da adlandırılır, acıyı durdurmak için ölümcül bir şekilde hasta olan veya ağır yaralanmış birini öldürme uygulamasıdır. Ötenazi mutlaka hasta tarafından başlatılmaz. Hekim yardımlı intihar, bir doktorun hastanın isteğine yanıt olarak bir hastanın hayatına son vermesine yardım ettiği özel bir ötenazi biçimidir.

### Hekimler dolaylı mı yoksa doğrudan mı yardım sağlamalı?

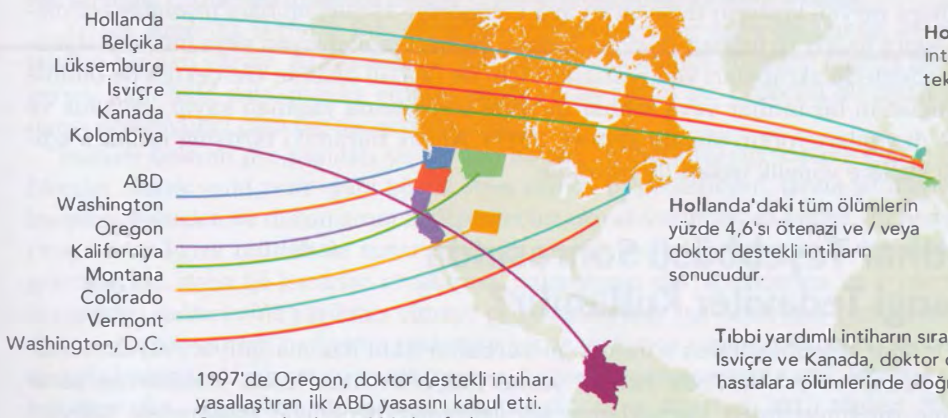
Doktorlar hastalara yaşamlarını nasıl sonlandıracakları konusunda tavsiyelerde bulunabilir (dolaylı yardım) veya bir hastanın hayatını sona erdirebilir (doğrudan yardım). Hekim yardımlı intiharı destekleyen birçok kişi, bir doktorun doğrudan hastanın ölümüne neden olma ihtimalinden rahatsız olmaya devam ediyor

ABD'li doktorların yaklaşık yüzde 57'si, ölümcül hastalığa yakalanmış hastalar için doktor destekli intiharın olması gerektiğine inanıyor (Lowes, 2016). Aynı zamanda, ABD'deki tüm doktorların yüzde 20'sinden daha azı bu tür bir yardım için talep almıştır ve yüzde 5'ten daha azı şimdiye kadar bunu sağlamıştır (Emanuel ve diğerleri, 2016).




(Gallup Poll, 2017, 2013; Emanuel vd., 2016; Smietana, 2016; Pew Research Center, 2015; Harris Interactive, 2011)

## ÖTANAZİ VE DOKTOR DESTEKLİ İNTİHAR NERELERDE YASAL?




**Hollanda ve Kanada**, hem doktor destekli intiharın hem de ötenazinin yasal olduğu tek ülkelerdir.

**Hollanda'daki** tüm ölümlerin yüzde 4,6'sı ötenazi ve / veya doktor destekli intiharın sonucudur.

**Belçika ve Hollanda'da** yapılan bazı araştırmalar, "açık talep veya rıza olmaksızın" ötenazi nedeniyle önemli sayıda ölüm olduğunu göstermektedir.

1997'de Oregon, doktor destekli intiharı yasallaştıran ilk ABD yasasını kabul etti. O zamandan beri 1000'den fazla Oregonlu bu yasayı hayatlarını sona erdirmek için kullandı.

Tıbbi yardımlı intiharın sırasıyla 1942 ve 2016'da yasal hale getirildiği İsviçre ve Kanada, doktor olmayanların (yani hemşire pratisyenlerin) hastalara ölümlerinde doğrudan yardımcı olabileceği tek iki ülkedir.

Ölümcül hastalığı olan yabancıların çoğu - özellikle Almanya, Fransa ve İngiltere'den - intihar ederek ölmek için **İsviçre'ye** seyahat ediyor.

(Quill ve Battin, 2018; Emanuel, 2017; Emanuel vd., 2016; Onwuteaka-Philipsen vd., 2012; Schadenberg, 2012; Thomasson, 2012)




Michel Porro/Getty Images

**Ölme hakkı?** Hollanda'da ikamet eden Nel Bolten, hayatını sona erdirmeye çalışmamış olsa da yakın zamanda göğsüne "Beni hayata döndürme. Ben 91 yaşından fazlayım." sözleri ile dövme yaptırdığında ölme hakkı tartışmasına dikkat çekti. Hollanda sağlık bakanı, dövmenin, ötenazi ve doktor destekli intihara izin verilen bu ülkede yasal olarak bağlayıcı bir beyan olduğunu doğruladı.

için tedavi alması gerektiğini düşündürmektedir (Kiosses ve diğerleri, 2017; Draper, 2014). Aslında araştırmalar, yaşlı kişilerde depresyonu tedavi etmenin intihar riskini önemli ölçüde azaltmaya yardımcı olduğunu da göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, yaşlılar arasında intihar oranı bazı azınlık gruplarında daha düşüktür (Heron, 2016). Amerikalı Kızılderililer genel olarak en yüksek genel intihar oranına sahip olsalar da yaşlı Kızılderililer arasındaki bu oran nispeten daha düşüktür. Yaşlılar, Amerikalı Kızılderililer tarafından büyük saygı görür ve yıllar içinde edindikleri bilgelik ve deneyime bakılır ve bu durum, düşük oranları açıklamaya yardımcı olabilir. Bu yaklaşım, Hispanik olmayan yaşlı beyaz Amerikalıların sıklıkla yaşadığı statü kaybıyla keskin bir tezat oluşturmaktadır.

Benzer şekilde, intihar oranı yaşlı Afrikalı Amerikalılarda Hispanik olmayan yaşlı beyaz Amerikalılardakinin yalnızca dörtte bir oranında yüksektir (CDC, 2016). Bu düşük intihar oranının bir nedeni, "Sadece en güçlüler hayatta kalır." söylemine dayanan Afrikalı Amerikalıların karşı karşıya kaldığı baskılar olabilir (Seiden, 1981). İleri bir yaşa ulaşanlar genellikle önemli zorlukların üstesinden gelir ve çoğu başarılarından gurur duyar. Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar için yaşlılığa ulaşmak kendi başına önemli bir başarı olmadığından yaşlanmaya karşı tutumları daha olumsuz olabilir. Bir başka olası açıklama da yaşlı Afrikalı Amerikalıların genç Afrikalı Amerikalılarda birçok intihara neden olan öfke duygularının üstesinden gelmeyi veya azaltmayı başarabilmeleridir.

## ... ÖZETLE...

**İNTİHAR YAŞ İLE İLİŞKİLİ Mİ?** İntihar olasılığı yaşa göre değişir. Çocuklar arasında intihar son birkaç on yılda yükselişe geçmesine rağmen daha azdır. Ergenlerdeki intihar klinik depresyon, öfke, dürtüsellik, stres ve ergenliğin doğası ile ilişkilendirilmiştir. Bu yaş grubunun intihar girişimleri çok fazladır. Kızılderili gençler arasında intihar oranı, Hispanik olmayan beyaz Amerikalı gençlerdeki intihar oranının iki katı ve Afrikalı, Hispanik ve Asyalı Amerikalı gençlerin intihar oranının üç katıdır. Batılı toplumlarda yaşlıların kendilerini öldürme olasılığı diğer birçok yaş grubundaki insanlardan daha fazladır.

Sağlık, arkadaş, kontrol ve statü kaybı, bu yaş grubunda umutsuzluk, yalnızlık, depresyon veya çaresizlik duygularına neden olabilir.

# Tedavi ve İntihar

İntihara meyilli kişilerin tedavisi iki ana kategoriye ayrılır: *intihara teşebbüs edildikten sonra tedavi ve intiharı önleme*. Tedavi, intiharı tamamlayan veya intihara teşebbüs edenlerin akrabaları ve arkadaşları için de faydalı olabilir. Gerçekten de ölümle sonuçlanan bir intihar veya intihar girişimi sonrasında yaşanan kayıp, suçluluk ve öfke duyguları yoğun olabilir (Fouet, 2017). Ancak buradaki tartışma intihara eğilimli kişilere yönelik tedavi ile sınırlıdır.

## İntihar Teşebbüsü Sonrasında Hangi Tedaviler Kullanılır?

Bir intihar teşebbüsünden sonra çoğu kurbanın tıbbi bakıma ihtiyacı vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yarım milyona yakın insan kendilerine zarar verme girişimlerinden kaynaklanan yaralanmalar nedeniyle hastanelere başvurmaktadır (AFSP, 2018, 2014). Bazılarında ciddi yaralanmalar, beyin hasarı veya diğer tıbbi problemlere neden olmaktadır. Fiziksel hasar tedavi edildiğinde, yatarak veya ayakta tedavi temelinde psikoterapi veya ilaç tedavisi başlayabilir.

Maalesef intihara meyilli pek çok kişi kendini öldürmeye çalıştıktan sonra bile sistematik takip bakımı alamamaktadır (Stanley ve diğerleri, 2015). Bazı durumlarda takip bakımının yapılmamasından sağlık uzmanları sorumludur. Bazı durumlarda, ise intihar girişiminde bulunan kişi tedaviyi reddeder (Spirito ve diğ., 2011).

### #HastaneUyarısı

İntihar davranışı veya düşüncesi, bir akıl hastanesine yatış için en yaygın nedendir. Kabul edilen hastaların yaklaşık üçte ikisi kendisine zarar verme endişesi taşımaktadır (Miret ve diğ., 2011; Jacobson, 1999).

İntihar girişiminde bulunanlar için terapinin amacı bireyleri hayatta tutmak, psikolojik acılarını azaltmak, intihara meyilli olmayan bir zihin durumuna ulaşmalarına yardımcı olmak, onlara umut aşılamak ve stresle daha iyi başa çıkma yolları geliştirmelerine rehberlik etmektir (Sun ve diğ., 2018). Araştırmalar intihar girişimlerinden sonra terapi alan kişilerin, bu tür bir tedaviyi almayanlara göre gelecekte intihar girişimi ve ölüm riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Schreiber ve Culpepper, 2018; Kennebeck ve Bonin, 2017). İlaçla tedavi, psikodinamik, bilişsel-davranışçı, grup ve aile terapileri dahil olmak üzere çeşitli terapiler kullanılmaktadır.

Araştırmalar bilişsel-davranışçı terapinin özellikle yardımcı olabileceğini göstermektedir (Asarnow ve diğerleri, 2017; Mewton ve Andrews, 2016). Danışanlar intihara meyilli olduğunda bu yaklaşım büyük ölçüde acı veren düşünceleri, umutsuzluk duygusunu, ikili düşünmeyi, zayıf başa çıkma becerilerini, zayıf sorun çözme yeteneklerini ve intihara meyilli insanları karakterize eden diğer bilişsel ve davranışsal özellikleri belirlemeye ve değiştirmeye odaklanır. *Farkındalık temelli* bilişsel davranışçı terapi (bk. Sayfa 53 ve 110) ilkelerini uygulayan terapistler, danışanlara olumsuz düşünceleri ortadan kaldırmaya çalışmak yerine zihinlerinden akıp giden olumsuz düşüncelerin çoğunu *kabul etmeleri* için rehberlik edebilir. Bu tür bir kabulün danışanların psikolojik sıkıntıya toleransını artırması beklenmektedir. Tüm bu tedavi özellikleri, intihar düşüncesi ve girişimlerinde giderek artan bir şekilde kullanılan *diyalektik davranış terapisi (DDT)* adı verilen yeni dalga bilişsel-davranışçı yaklaşımda özellikle belirgindir. DDT'yi Bölüm 13'te Kişilik Bozukluklarında okuyacaksınız.


Lawrence Migdale/Pix

**Saygının gücü** Yaşlılar, biriktirdikleri bilgi birikimi nedeniyle birçok geleneksel toplumda yüksek itibara sahiptir. Muhtemelen tesadüf değildir ki yaşlılar arasındaki intiharlar bu kültürlerde birçok sanayileşmiş ülkeden daha az yaygın görünüyor.

## İntiharı Önleme Nedir?

Geçtiğimiz yarım yüzyıl boyunca dünyada ilgi intihar tedavisinden intiharı önlemeye kaymıştır. Bazı açılardan bu değişiklik en uygun olanıdır: Birçok potansiyel kurbanı hayatta tutmak için en iyi fırsat, olayın gerçekleşmesinden önceki zamandır.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ilk **intiharı önleme programı** 1955'te Los Angeles'ta, *Samaritans* olarak adlandırılan İngiltere'deki ilk program ise 1953'te uygulanmaya başlanmıştır. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de yüzlerce intihar önleme merkezi vardır. Buna ek olarak günümüz ruh sağlığı merkezlerinin, hastanelerin acil servis odalarının, manevi danışmanlık merkezlerinin ve madde kontrol merkezlerinin birçoğu, hizmetleri arasında intihar önleme programlarını içermektedir.

Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde yüzlerce *intihar hattında* günün 24 saati telefon hizmeti vardır. Arayanlar, bir ruh sağlığı uzmanının gözetimi altında hizmet veren, genellikle danışmanlık eğitimi almış ancak resmî bir derecesi olmayan *yardımcı profesyonel olan bir danışmana* ulaşır.

İntiharı önleme programları ve yardım hatları, intihara meyilli kişilere *krizde olan* bireyler olarak yanıt verir -yani büyük stres altında baş edemeyen, tehdit altında veya incinmiş hisseden ve durumlarını değiştirilemez olarak yorumlayan kişiler. Bu nedenle programlar **krize müdahale** sunar: İntihara meyilli kişilerin durumlarını daha doğru görmelerine, daha iyi kararlar almalarına, daha yapıcı davranmalarına ve krizlerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaya çalışırlar. Krizler her an ortaya çıkabileceğinden merkezler yardım hatlarının reklamını yapar ve ayrıca randevu almadan gelenleri de kabul eder. Giderek artan sayıda merkez, hizmetlerini mesajlaşma ve İnternette sohbet etme gibi yöntemlerle de sunmaktadır (Predmore ve diğerleri, 2017; Nauert, 2016).

Kâr amacı gütmeyen bir hizmet olan Crisis Text Line, 2013'ten beri Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir dizi yardım hattıyla ortaklaşa mesaj danışmanlığı sunmaktadır (Greenberg, 2018; Lublin, 2014). Faaliyete girdiği ilk altı ayda yalnızca minimum reklamla 19.000 gençle yaklaşık bir milyon mesaj alışverişinde ve 2017'ye kadar toplam 28 milyon mesaj alışverişinde bulunulmuştur. Daha önce okuduğunuz gibi Facebook ve Google artık intihara meyilli kullanıcılara veya intihara meyilli kişilerin yakınlarına bu tür hizmetler sunmaktadır (Guynn, 2017).

**intihar önleme programı** Kendilerini öldürme riski taşıyan kişileri belirlemeye ve onlara kriz müdahalesi sunmaya çalışan bir program.

**kriz müdahalesi** Psikolojik krizdeki kişilerin durumlarını daha doğru görmelerine, daha iyi kararlar almalarına, daha yapıcı davranmalarına ve krizin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaya çalışan bir tedavi yaklaşımı.

**Mesajlaşma** yoluyla intiharı önleme girişimlerinde ne gibi sınırlamalar veya sorunlar çıkabilir?

Bazı önleme merkezleri ve yardım hatları belirli intihara meyilli topluluklara ulaşır. Örneğin *Trevor Lifeline*, intihar etmeyi düşünen LGBTQ gençler için ülke çapında 24 saat hizmet veren bir yardım hattıdır. Bu yardım hattı, destek, rehberlik ve bilgi sağlamaya ve LGBTQ gençlerin kabulünü teşvik etmeye adanmış geniş kapsamlı bir kuruluş olan *Trevor Project* tarafından sunulan çeşitli hizmetlerden biridir.

Günümüzde intiharı önleme yalnızca önleme merkezlerinde ve yardım hatlarında değil, aynı zamanda terapistlerin ofislerinde de yapılmaktadır. Terapistlerin günlük işlerinde intihar düşüncesini ve davranışını etkili bir şekilde ortaya çıkarmalarına, değerlendirmelerine, önlemelerine ve tedavi etmelerine yardımcı olmak için bir dizi kılavuz geliştirilmiştir (de Beurs ve diğerleri, 2015).

Spesifik teknikler terapistten terapiste ve önleme merkezinden önleme merkezine farklılık gösterse de Los Angeles İntihar Önleme Merkezi tarafından geliştirilen yaklaşım birçok klinisyen ve kuruluşun hedeflerini ve tekniklerini yansıtmaya devam etmektedir. Merkezde ilk temas sırasında danışmanın birkaç görevi vardır:

**Olumlu Bir İlişki Kurma** Arayanlar, sorunlarını anlatmak ve önerilerini takip etmek için danışmanlara güvenmek zorunda olduğundan danışmanlar konuşmada olumlu ve rahat bir üslup oluşturmaya çalışırlar. Dinlediklerini, anladıklarını, ilgilendiklerini, yargılayıcı olmadıklarını ve müsait olduklarını ifade ederler.

**Sorunu Anlama ve Açıklama** Danışmanlar önce arayanın sorununun kapsamını anlamaya çalışır ve ardından kişinin sorunu açık ve yapıcı terimlerle görmesine yardımcı olur. Özellikle arayanların sorununun temel nedenlerini ve geçici doğasını görmelerine ve intihara alternatifleri fark etmelerine yardımcı olmaya çalışır.

**İntihar Potansiyelini Değerlendirme** Los Angeles İntihar Önleme Merkezi'ndeki kriz çalışanları, arayan kişinin intihar potansiyelini değerlendirmek için genellikle *Ölümcüllük Ölçeği* olarak adlandırılan bir anket doldurur. Arayanın içinde bulunduğu stresin derecesini, arayanın ilgili kişilik özelliklerini, intihar planının ne kadar ayrıntılı olduğunu, semptomların ciddiyetini ve arayanın kullanabileceği baş etme kaynaklarını belirlemelerine yardımcı olur.

**Arayanın Kaynaklarını Değerlendirme ve Harekete Geçirme** Kendilerini etkisiz, çaresiz ve yalnız olarak görseler de İntihara meyilli insanlar genellikle akrabaları ve arkadaşları da dahil olmak üzere birçok güçlü yöne ve kaynağa sahiptir. Bu kaynakları tanımak, belirlemek ve etkinleştirmek danışmanın görevidir.

**Bir Plan Oluşturma** Krize müdahale danışmanı ve arayan kişi birlikte bir eylem planı geliştirir. Özünde intihar eylemine alternatif olarak krizden çıkmanın bir yolu üzerinde anlaşırlar. Planların çoğu, önümüzdeki birkaç gün veya hafta içinde merkezde yüz yüze veya telefonla bir dizi takip danışmanlığı seansını içerir. Her plan, arayan kişinin belirli eylemlerde bulunmasını ve kişisel yaşamında belirli değişiklikler yapmasını da gerektirir. Danışmanlar genellikle arayanla *intihar etmeme sözleşmesi* -intihara teşebbüs etmeme sözü veya en azından arayan kişi tekrar intiharı düşünürse öncelikle iletişim kurma sözü- yapar. Bu tür sözleşmeler popüler olmasına rağmen son yıllarda etkinlikleri sorgulanmaktadır (Schreiber ve Culpepper, 2018). Ayrıca arayanlar bir intihar girişiminin ortasındaysa danışmanlar onların nerede olduğunu bulmaya ve hemen tıbbi yardım ulaştırmaya çalışır.



John Storey/San Francisco Chronicle/Polaris

**İntiharla çalışmak** Bu adamı ölüme atlamaması için ikna ettikten sonra California Otoban Devriyesi memurları, Golden Gate Köprüsü'nün korkulukları üzerinden çıkması için yardım eder. Dünyanın dört bir yanındaki polis birimleri, memurların intihara meyilli kişilere yardım etme becerilerini geliştirebilmeleri için genellikle özel krize müdahale eğitimi vermektedir.

Kriz müdahalesi bazı intihara meyilli kişiler için yeterli tedavi olsa da çoğu için daha uzun süreli tedaviye ihtiyaç vardır. Bir kriz müdahale merkezi bu tür bir tedavi sunmazsa danışmanlar danışanları başka bir yere yönlendirecektir.

İntiharı önlemeye yardımcı olmanın bir başka yolu da silah kontrolü, daha güvenli ilaçlar, daha iyi köprü bariyerleri ve araba emisyon kontrolleri gibi önlemlerle halkın özellikle ölümcül ve yaygın intihar araçlarına erişimini azaltmak olabilir (Sinyor ve diğerleri, 2019; Anestis ve Houtsma, 2018; Zalsman vd., 2016). Örneğin 1990'larda Kanada, ateşli silahları bulundurmayı ve bunlara erişimi kısıtlayan bir yasa çıkarmıştır. O zamandan beri ülke genelinde ateşli silah intiharlarında bir azalma olmuştur.




Kevin Mazur/Getty Images for NARAS

**Hayat kurtaran performans** 2018 Grammy Ödüllerinde rapçi Logic (ortada), şarkıcı söz yazarı Khalid ve Alessia Cara'nın eşlik ettiği ve intihardan kişisel olarak etkilenen kişilerin de sahne aldığı anda "1-800-273-8255" şarkısını seslendiriyor. . Şarkının adı National Suicide Prevention Lifeline'ın telefon numarasıdır. Bu performansı izleyen saatlerde intiharı önleme kuruluşunu yardım için arayan telefon görüşmeleri ve internet sitesi ziyaretleri üç katına çıktı. Benzer şekilde kuruluş daha önce Logic'in MTV Video Müzik Ödülleri'nde şarkıyı seslendirmesinin ardından çağrı sayısında yüzde 50 artış yaşamış ve şarkının çıktığı gün tarihinin en çok ikinci çağrısını almıştı.

## İntiharı Önleme Programları İşe Yarıyor mu?

Araştırmacıların intiharı önleme programlarının etkinliğini ölçmesi zordur. Her biri kendi prosedürlerine sahip olan ve her biri sayı, yaş ve benzerleri açısından değişen popülasyonlara hizmet veren birçok türde program vardır. Yüksek yaşlı nüfus veya ekonomik sorunlar gibi intihar risk faktörleri fazla olan topluluklar, yerel önleme merkezlerinin etkinliği ne olursa olsun diğer topluluklara göre daha yüksek intihar oranlarına sahip olmaya devam edebilir.

İntiharı önleme merkezleri bir toplumdaki intihar sayısını azaltır mı? Klinik araştırmacılar bu sorunun cevabını tam olarak bilmiyor (Sanburn, 2013). Önleme merkezlerinin kurulmasından önce ve sonra yerel intihar oranlarında karşılaştıran çalışmalar farklı bulgular ortaya koymuştur. Bazıları bir topluluğun oranlarında düşüş olduğunu, bazıları değişmediğini ve bazıları da bir artış olduğunu göstermektedir (De Leo ve Evans, 2004; Leenaars ve Lester, 2004). Elbette eğer yerel intihar oranları büyük toplumun intihar davranışındaki genel artışından daha düşükse bu artış bile olumlu bir etkiyi temsil edebilir.

İntihara meyilli kişiler önleme merkezlerine başvurur mu? Görünüşe göre sadece küçük bir yüzde başvurmaktadır (Sanburn, 2013). Öte yandan önleme programları, arayan yüksek riskli insanlar arasındaki intihar sayısını azaltıyor gibi görünmektedir. Ünlü bir çalışma, Los Angeles İntiharı Önleme Merkezi ile temasa geçen 8.000 yüksek riskli kişiyi belirlemiştir (Farberow ve Litman, 1970). Bu arayanların yaklaşık %2'si, genellikle benzer yüksek riskli gruplarda bulunan yüzde 6'lık intihar oranına kıyasla daha sonra kendilerini öldürmüştür. Açıkçası merkezlerin intihar etmeyi düşünen insanlar için daha görünür ve erişilebilir olması gerekmektedir. İnternette, televizyonda, radyoda ve reklam panolarında artan sayıda reklam ve duyuru bu yöndeki hareketliliği göstermektedir.

İntihar önleme programları için önemli bir zorluk, intihar riskinin doğru değerlendirmelerine bağlı olması ve doğru değerlendirmelerin zor olmasıdır (Nock ve diğerleri, 2018). İntihara meyilli kişiler profesyonellerle yapılan konuşmalarda gerçek duygularını tanımlayamayabilir, kabul etmeyebilir veya gerçek duyguları hakkında konuşmayabilir. Bunu akılda tutarak bazı araştırmacılar; sözlü öz bildirimlere daha az ve sözlü olmayan davranışlara, psikofizyolojik ölçümlere, beyin taramalarına ve benzerlerine daha çok dayanan intihar değerlendirme araçları geliştirmek için çalışmaktalardır.

### #YakınZamanRockçı İntiharları

- Chester Bennington, şarkıcı / söz yazarı (2017)
- Chris Cornell, şarkıcı / söz yazarı / müzisyen (2017)
- Bob Welch, gitarist / şarkıcı / söz yazarı (2012)
- Ronnie Montrose, gitarist (2012)
- Mark Linkous, şarkıcı / söz yazarı / müzisyen (2010)
- Vic Chesnutt, şarkıcı / söz yazarı (2009)
- Johnny Lee Jackson, rapçi (2008)
- Brad Delp, şarkıcı (2007)
- Vince Welnick, klavyeci (2006)

İntihar için alternatif bir değerlendirme yaklaşımı, araştırmacı Matthew Nock tarafından geliştirilen *Kendini Yaralama Örtük Çağrışım Testi*'dir. Bu bilişsel test insanlara intihar etmeyi planlayıp planlamadıklarını sormak yerine intiharla ilgili çeşitli kelimeleri (örneğin "ölü", "cansız", "intihar") kendileriyle ilişkili kelimelerle ("ben", "kendim", "benim") ve kendileriyle ilişkili olmayan kelimelerle ("onlar", "onların", "diğerleri") eşleştirmelerini ister. İntihara teşebbüs etme eğiliminde olan bireylerin, intiharla ilgili kelimeleri kendileriyle ilişkili olan kelimelerle, kendileriyle ilişkili olmayan kelimelere göre çok daha hızlı bir şekilde eşleştirdikleri ortaya çıkmıştır. Bir dizi çalışmada bu test geçmiş ve gelecekteki intihar davranışını geleneksel öz bildirim değerlendirme ölçeklerinden daha doğru tespit ve tahmin etmiştir (Barnes vd., 2017; Glenn vd., 2017). Tabii ki bu umut verici değerlendirme yaklaşımı birçok intihar araştırmacısı ve klinisyenin dikkatini çekmektedir.

Neden bazı okullar, özellikle de öğrencilerinden birinin intihar girişimini hiç yaşamamışlarsa intihar eğitimi programları sunma konusunda isteksiz olabilir?

Alan daha doğru değerlendirme araçları ve daha etkili müdahaleler beklerken pek çok kuramcı intihar hakkında halk eğitiminin nihai önlem yöntemi olduğuna inanmaktadır ve bir dizi *intihar eğitim programı* ortaya çıkmıştır. Bu programların çoğu okullarda gerçekleştirilir ve öğrenciler ve öğretmenler üzerinde yoğunlaşır (SAMHSA, 2017; Zalsman vd., 2016). Ayrıca intihar hakkında eğitim veren ve sorunlu kişileri, aile üyelerini ve arkadaşlarını hedef alan, artan sayıda çevrim içi siteler de vardır. Bu girişimler, Shneidman'ın aşağıdaki söylemi ile de tutarlıdır:

> *İntihara yönelik temel önleme yöntemi eğitime dayanır. Bu konuda izlenecek yol... intiharın herkesin aklına gelebileceği, dikkat edilmesi gereken sözlü ve davranışsal ipuçlarının olduğu... ve insanların yardım alabilecekleri yerlerin olduğu konularında hemen herkesi bilgilendirmekten geçmektedir. . ..*
>
> *Son tahlilde intiharı önlemek herkesin sorumluluğudur.*
>
> *(Shneidman, 1985, s. 238)*

## ... ÖZETLE...

**TEDAVİ VE İNTİHAR** İntiharın tedavisi bir intihar girişiminden sonra olabilir. Bu şekilde olduğunda, terapistler kişinin intihara meyilli olmayan bir zihin durumuna ulaşmasına yardımcı olmaya ve stresle başa çıkmanın ve sorunları çözmenin daha iyi yollarını geliştirmeye çalışır.

Geçtiğimiz yarım yüzyılda intiharı önlemeye daha çok önem verilmeye başlandı. İntiharı önleme programları arasında günün 24 saati hizmet veren yardım hatları ve personelin büyük ölçüde yardımcı sağlık çalışanı veya asistanlardan oluşan ve randevusuz gidilebilen merkezler bulunmaktadır. Günümüz merkezlerinin çoğu, mesajlaşma ve İnternet üzerinden sohbet yoluyla da hizmet sunmaktadır. İntihara meyilli bir kişiyle ilk teması sırasında danışmanlar olumlu bir ilişki kurmaya, sorunu anlamaya ve netleştirmeye, intihar riskini değerlendirmeye, danışanın kaynaklarını değerlendirmeye ve harekete geçirmeye ve krizin üstesinden gelmek için bir plan oluşturmaya çalışır. Bu tür kriz müdahalelerinin ötesinde intihara meyilli insanların çoğu daha uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyar. Daha da kapsamlı bir önleme girişiminde halka yönelik intihar eğitim programları giderek artmaktadır.

## #ÖzlüSözler

"Kendi canımı almadığım için son derece minnettarım."

Michael Phelps, 2018, Olimpiyat yüzücüsü, depresyonla mücadelesinden bahsederken

# Psikolojik ve Biyolojik Yaklaşımların Geride Kalması

Bir zamanlar gizemli ve gizli bir sorun olan, halk tarafından pek kabul edilmeyen ve profesyoneller tarafından zar zor araştırılan intihar, günümüzde çok fazla ilgi odağı hâline gelmiştir. Özellikle son 50 yılda araştırmacılar bu ölüm kalım meselesi hakkında çok şey öğrenmiştir.

Bu ders kitabında ele alınan diğer sorunların çoğunun aksine intihar, sosyokültürel model tarafından diğerlerinden çok daha fazla incelenmiştir. Sosyokültürel kuramcılar, örneğin toplumsal değişim ve stresin, ulusal ve dinsel bağlılığın, medeni durumun,

cinsiyetin, ırkın ve kitle iletişim araçlarının önemini vurgulamıştır. Psikoloji ve biyoloji araştırmacıları tarafından sunulan yaklaşımlar ve bilgiler daha sınırlıdır.

Sosyokültürel faktörler intiharın genel olarak altında yatanlara ve tetikleyicilerine kesinlikle ışık tutsa da genellikle bizim bir kişinin intihara teşebbüs edip etmeyeceğini tam olarak öngörebilmemize izin vermez. Klinisyenler, neden bazı insanların kendilerini öldürürken benzer koşullarda diğerlerinin sorunlarını çözmenin daha iyi yollarını bulmayı başardığını henüz tam olarak anlayamamaktadır. Klinisyenler intiharı gerçekten açıklamak ve anlamak istiyorsa psikolojik ve biyolojik açıklamaların sosyokültürel açıklamaları yakalaması gerekmektedir.

Aynı zamanda intiharla ilgili araştırmalardaki artış büyük umut vadetmektedir ve belki de en umut verici olanı, klinisyenlerin artık halkı da bu soruna karşı mücadeleye dâhil etmesidir. İntihar hakkında daha kapsamlı bir halk eğitimi -hem gençleri hem de yaşlıları hedefleyen programlar- olması gerektiği düşünülüyor. Bu hedeflerin, intiharın daha iyi anlaşılmasına ve daha başarılı müdahalelere yol açacağını beklemek mantıklıdır. Bu tür hedefler herkes için önemlidir. İntiharın kendisi tipik olarak yalnız ve çaresiz bir eylem olsa da bu tür eylemlerin etkisi gerçekten çok geniştir.

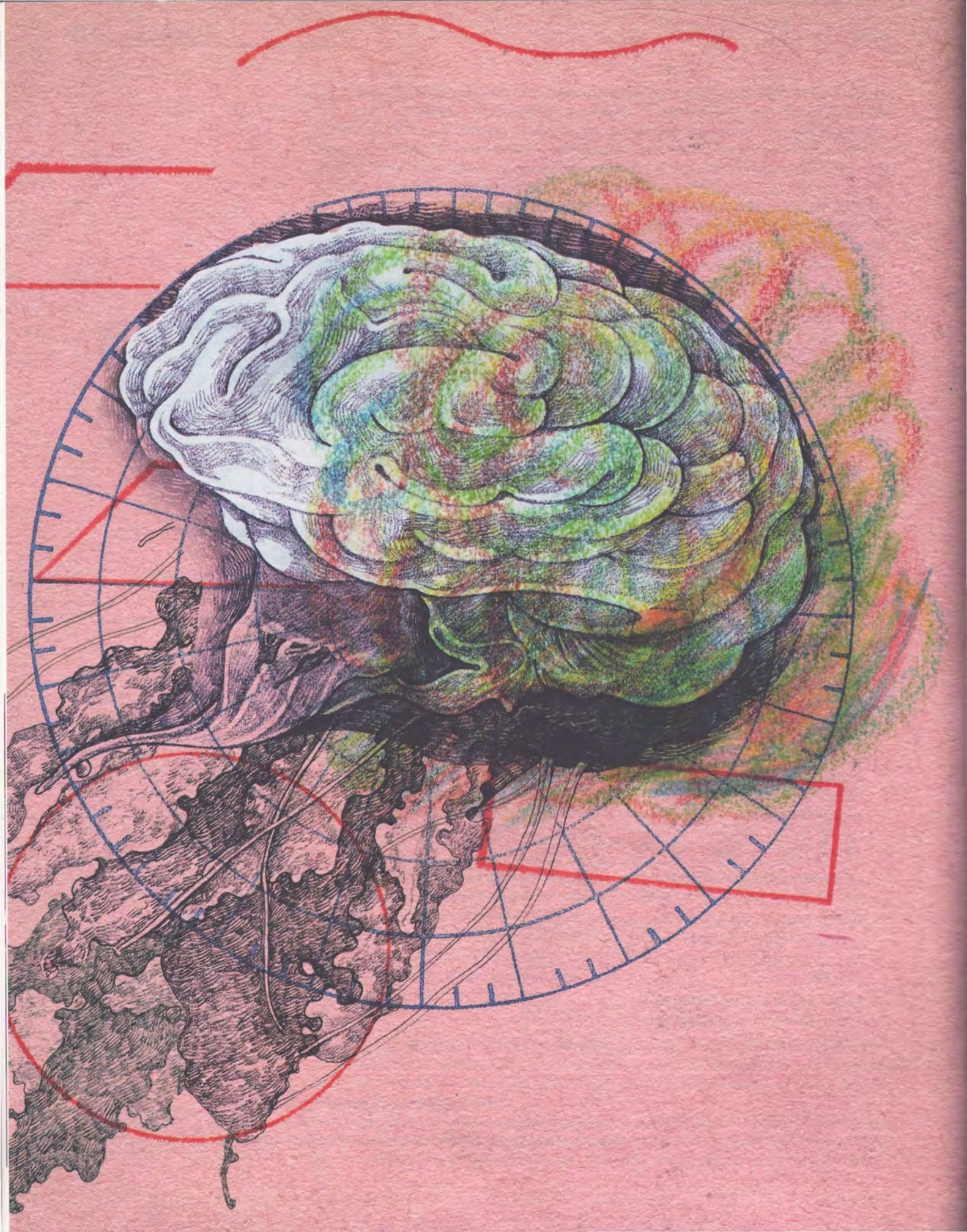
## Anahtar Kelimeler

Parasuisid, s. 212
intihar davranış bozukluğu, s. 212
intihar, s. 212
ölümü arayanlar, s. 214
ölüme hazırlananlar, s. 214
ölümü yok sayanlar, s. 214
ölüme meydan okuyanlar, s. 214
eşikaltı niyetliler, s. 214
intihar olmayan kendini yaralama, s. 214
retrospektif analiz, s. 215
umutsuzluk, s. 218
ikili düşünme, s. 218
intihar sonrası müdahale, s. 220
Thanatos, s. 222
egoist İntihar, s. 222
altruist İntihar, s. 222
anomik İntihar, s. 223
intiharın kişiler arası kuramı, s. 223
serotonin, s. 224
beyin devresi işlevsizliği, s. 224
intiharı önleme programı, s. 231
intihar hatları, s. 231
yardımcı profesyonel, s. 231
kriz müdahalesi, s. 231
Kendini Yaralama Örtük Çağrışım Testi, s. 234
İntihar eğitim programı, s. 234

## Hızlı Kısa Sınav

1. İntiharı ve eşikaltı niyetliler kavramlarını tanımlayın. İntihar girişiminde bulunan dört farklı insan türünü anlatın. İntihar olmayan kendini yaralama nedir? *s. 212-215*
2. Araştırmacılar intiharı incelemek için hangi teknikleri kullanır? *s. 215*
3. İntihar istatistikleri ülkeye, dine, cinsiyete, medeni duruma ve ırka göre nasıl değişiklik gösterir? *s. 215-217*
4. Ne tür anlık ve uzun vadeli stres faktörleri intiharla ilişkilendirilmiştir? *s. 217-218*
5. Başka hangi koşullar veya olaylar intihar eylemlerini tetiklemeye yardımcı olabilir? *s. 218-220*
6. Psikodinamik, sosyokültürel (Emile Durkheim ve Thomas Joiner'ın çalışmaları da dâhil) ve biyolojik kuramcılar intiharı nasıl açıklar ve kuramları ne kadar iyi desteklenir? *s. 221-224*
7. Çocuklar, ergenler ve yaşlılar arasında intihar riskini, oranını ve nedenlerini karşılaştırın. *s. 225-230*
8. Kuramcılar ergenlerin ve genç yetişkinlerin yüksek intihar girişimi oranlarını nasıl açıklıyor? *s. 227*
9. İntihar girişiminden sonra insanlara verilen tedavinin doğasını ve hedeflerini açıklayın. Bu tür insanlar sıklıkla bu tedaviyi alıyor mu? *s. 230-231*
10. İntiharı önleme programlarının ilkelerini açıklayın. Bu programlarda danışmanlar tarafından hangi prosedürler kullanılmaktadır? Programlar ne kadar etkilidir? *s. 231-234*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

8

# ...Bedensel (Somatik) Belirtiler ile İlişkili Bozukluklar

*Çarşamba günüydü. Büyük gün. 11.30'da başlayacak ve arka arkaya girilecek tarih ve fizik derslerinin ara sınavları ve 15.30'da psikoloji dersindeki sözlü sunum. Jarell, haftalardır bugün için hazırlanıyordu ve tabii ki bazı endişeleri vardı, arkadaşlarına bugünü "önemli bir gün" diye tarif ediyordu. Bir önceki gece, sabah 03.30'a kadar çalışmış, her şeyi halletmek için çabalamıştı. Sadece birkaç dakika uyuyakalmıştı ama artık saat 09.30 olmuştu ve o öldürücü gün giderek yaklaşıyordu..*

*Jarell uyanır uyanmaz midesini buruşturan bir sızı hissetti. Ayrıca kulaklarında bir uğultu olduğunu fark etti, bayılacakmış gibi hissediyordu ve hatta vücudunun her yerinde ağrılar vardı. Karşı karşıya kaldığı bu yoğun günü düşündüğünde bu şekilde hissetmesine hiç şaşırmamıştı. Bir sınav, beraberinde birkaç tane kaygı kelebeğini getirebilirdi ancak iki sınav ve bir sunumun kocaman bir yusufçuk sürüsünü beraberinde getirmesi daha muhtemeldi.*

*Ancak okula gitme yolunda Jarell bunun kelebeklerden fazlası olduğundan şüphelenmeye başladı. Mide ağrısı kısa sürede kasılmalara dönüştü ve sersemliği düpedüz baş dönmesine dönüştü. Düşmeden tuvalete zar zor gidebiliyordu. Kahvaltı düşüncesi mide bulandırıyordu. Hiçbir şeyi midesinde tutamayacağını biliyordu.*

*Ancak sınava gitmek için hazırlanırken Jarell bunun kelebeklerden fazlası olduğundan şüphelenmeye başladı. Mide ağrısı kısa sürede kasılmalara ve sersemlik hissi, daha yoğun bir baş dönmesine dönüştü. Düşmeden tuvalete zar zor gidebildi. Kahvaltı etmeyi düşünmek bile midesini bulandırıyordu. Tüm bunları kontrol altında tutamayacağını hissediyordu.*

*Jarell endişelenmeye hatta paniğe kapılmaya başladı. Bugün onu bekleyenlerle yüzleşmenin en iyi yolu bu değildi. Bunu atlatmaya çalıştı, ama belirtiler devam ediyordu. Sonunda, oda arkadaşı onu bir doktora gitmesi gerektiği konusunda ikna etti. İlk sınavdan sadece bir saat önce 10.30'da "Mediko-Öğrenci Sağlığı" adındaki büyük bir tuğla binaya girdi. Utanıyordu, pısırık insanlar gibiydi ama ne yapabilirdi? Bu koşullar altında kendisini zorlayıp iki tane sınava girmek aptal biri olması dışında hiçbir şey kanıtlamazdı.*

Psikolojik etkenler, çeşitli şekillerde somatik veya bedensel hastalıklara katkıda bulunabilir. Jarell'i muayene eden hekimin açıklık getirmesi gereken bazı olasılıklar vardı. Mesela Jarell, bazı zorlu durumlardan kaçmak için ağrıları ve baş dönmesi konusunda gerçekten *numara yapıyor* olabilir. Alternatif olarak hastalığını yani kendini kandırarak hastalığı olduğunu *hayal ediyor* olabilir ya da var olan ağrılarına ve baş dönmesine *aşırı tepki* gösteriyor olabilir. Kaldı ki onun bu fiziksel belirtileri gerçek ve önemli de olabilir, yine de bu durumu bir stres kaynağı tetiklemiş olabilir: önemli bir sınavdan önce insanların aşırı bir baskı hissetmesi gibi. Böyle bir durumda Jarell'in mide öz suyu daha aktif hâle gelerek bağırsaklarına rahatsızlık veriyor olabilir ve kan basıncı yükselerek başının dönmesine neden olmuş olabilir. Aslında Jarell, grip de olmuş olabilir. Ancak bu "tamamen tıbbi" görünen sorunlar bile psikolojik etkenlerle bağlantılı olabilir. Belki de sınavları ve sunumu ile ilgili haftalardır süren endişeleri Jarell'in bedenini zayıflattı, bu yüzden bedeni grip virüsüyle yeterince iyi savaşamadı. Tanı ne olursa olsun, Jarell'in psikolojik durumu bedenini bir şekilde etkiliyor gibi görünüyor. Hekimin psikolojik etkenlerin oynadığı bu rol hakkındaki görüşü, Jarell'in nasıl bir tedavi alacağı üzerinde etkili olacaktır.

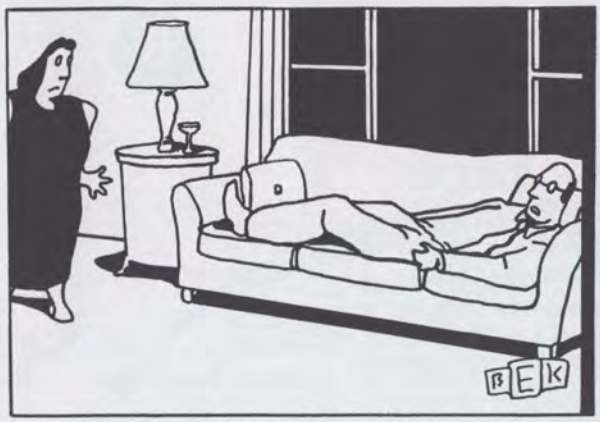
Bu kitapta psikolojik bozuklukların sıklıkla fiziksel nedenleri olduğunu öğrendiniz. Örneğin beyin döngülerindeki işlev bozulmaları ve anormal nörotransmiter aktivitesi yaygın kaygı bozukluğuna, panik bozukluğa ve travma sonrası stres bozukluğuna katkıda bulunabilir. Öyleyse bedensel hastalıkların da psikolojik nedenleri olması şaşırtıcı mıdır? Günümüzde klinisyenler, Sokrates'in yüzyıllar önce ileri sürdüğü iddiası sebebiyle bilgeliğini kabul ediyor: "Bedeni, ruh olmadan tedavi edemezsiniz."

Psikolojik etkenlerin bedensel bir hastalığa katkıda bulunabileceği fikri kökenini çok eski dönemlerden alsa da yirminci yüzyıldan önce bu görüşün çok az hararetli savunucusu vardı. Bu, özellikle de tıbbın doğa bilimi olarak görülmeye başladığı ve

A Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Yapay Bozukluk
- Konversiyon Bozukluğu ve Bedensel Belirti Bozukluğu
  - Konversiyon Bozukluğu
  - Bedensel Belirti Bozukluğu
  - Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozukluklarına Ne Sebep Olur?
  - Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozuklukları Nasıl Tedavi Edilir?
- Hastalık Kaygısı Bozukluğu
- Psikofizyolojik Bozukluklar: Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Psikolojik Etkenler
  - Klasik Psikofizyolojik Bozukluklar
  - Yeni Psikofizyolojik Bozukluklar
- Fiziksel Hastalıklarda Psikolojik Tedaviler
  - Gevşeme Eğitimi
  - Biyolojik Geribildirim
  - Meditasyon
  - Hipnoz
  - Bilişsel-Davranışçı Müdahaleler
  - Destek Grupları ve Duyguları İfade Etme
  - Birleştirilmiş Yaklaşımlar
- Anormal Psikolojinin Sınırlarını Genişletmek




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/TheCartoon Bank

*"Sırtım iyi. Aklımı kaybettim."*

bilim insanlarının nesnel "gerçek" arayışına kendilerini adadıkları Rönesans Dönemi'nde kabul edilen bir görüş bile değildi (Conti, 2014). O zamanlar zihin, hekimlerin ve bilim insanlarının değil rahiplerin ve filozofların bölgesi olarak görülüyordu. On yedinci yüzyılın sonunda Fransız filozof René Descartes, zihnin veya ruhun bedenden tamamen ayrı olduğunu iddia edecek kadar ileri gitti -bu görüş *zihin-beden düalizmi* olarak adlandırılan bir kavramı yansıtmaktadır. Bununla birlikte yirminci yüzyıl boyunca çok sayıda çalışma, tıbbi ve klinik araştırmacıların stres, endişe hatta belki de bilinçdışı ihtiyaçlar gibi psikolojik etkenlerin bedensel hastalıklara önemli düzeyde katkıda bulunabileceğine ikna olmasını sağlamıştı.

DSM-5'te bedensel belirtilerin veya endişelerin birincil özellik olduğu bir dizi psikolojik sorun tanımlanmıştır. Bunlar arasında kişinin kasıtlı olarak fiziksel belirtiler gösterdiği veya taklit ettiği *yapay bozukluk*, istemli motor veya duyusal işlevi etkileyen tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerle seyreden *konversiyon bozukluğu*, kişinin bedensel belirtilerin önemiyle orantısız olarak kaygı ve sıkıntı hissettiği ve işlevselliğini önemli ölçüde kesintiye uğratan *bedensel belirti bozukluğu*, sağlıkları konusunda kaygılı kişilerin bedensel belirtiler olmamasına rağmen ciddi şekilde hasta oldukları düşüncesiyle meşgul oldukları *hastalık kaygısı bozukluğu*, psikolojik etkenlerin bir kişinin genel tıbbi durumunu olumsuz etkilediği bozukluklar olan *diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler* yer almaktadır.

## Yapay Bozukluk

Jarell gibi fiziksel olarak hasta hisseden insanlar genellikle bir hekime başvurur. Ancak bazen hekim kişinin yaşadığı sıkıntıya yönelik tıbbi bir neden bulamaz ve bu durumda başka etkenlerin söz konusu olduğundan şüphelenebilir. Belki de hasta, maddi tazminat veya işten izin almak gibi bazı dışsal kazançlar elde etmek için kasıtlı veya istemli olarak hasta numarası yapıyor olabilir.

Alternatif olarak kastın ötesinde bir kişi, hasta olma isteğiyle kasıtlı olarak fiziksel belirtiler gösterebilir veya bu belirtileri taklit edebilir yani hasta rolü üstlenme motivasyonu etkin olabilir (Irwin ve Bursch, 2018). O zaman hekimler, hastanın yapay **bozukluk *(veya temaruz)*** belirtileri gösterdiğine karar verir (bk. **Tablo 8-1**). Örneğin bir çözüm bulunmazsa yaşamı tehdit eden sepsis durumuna yol açabilecek bakteremi yani kanda bakteri bulunması durumunu yaşayan bir hasta olan Adia'nın belirtilerini düşünün. Göreceğiniz gibi tıbbi ekibin Adia'nın sorununu ele alma şekli onun gizlilik hakkı ile ilgili bazı etik sorunlar ortaya çıkaracak niteliktedir ancak diğer yandan da vaka yapay bozukluk özellikleri göstermektedir.

**yapay bozukluk** Bir kişinin tipik olarak hasta bir kişi rolünü üstlenmek amacıyla fiziksel belirtiler gösterdiği veya bu tür belirtileri taklit ettiği bozukluk.

*[Adia], tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve bakteriminin değerlendirilmesi için [tıp merkezine] sevk edildi... Ayrıca cildinde kabarcıklar çıkmasına neden olan bir cilt rahatsızlığı da vardı. Kapsamlı tetkikler yapıldı ve bunların sonuçları genitoüriner sistemin tamamen normal olduğunu gösterdi...*

*[Adia'nın açıklanamayan] belirtilerine dayanarak... bu vakada görevli hekimlerden biri, hastanın kendi hastalığına yol açtığından şüphelendi ve kişisel eşyalarını gizlice aramaya karar verdi....*

*Hasta röntgen çekilirken odası arandı. Çantasında içinde bakteri kolonileri üreyen bir kabının yanı sıra iğneler, birer tane şırınga ve turnike vardı... Çantasındaki petri kabı [değiştirildi]. Daha sonra aynı gün hastaya [vücuduna bakteri enjekte ederek] kendine zarar verip vermediği soruldu. Aksine iyileşmek istediğini söyleyerek bu iddiayı yalanladı. Yine o günün ilerleyen saatlerinde, hekimi hastaya çantasında kendisini bu konu ile ilgili sorumlu gösteren bazı materyaller olduğunu bildiğini söyledi. Bunun üzerine hasta hekimin, söz konusu malzemelerin onda olmadığını göstermek amacıyla içini görebilmesi için çantasını açtı. Hatta doğru söylediğini kanıtlamak için çantasını ters bile çevirdi. Röntgenden döndüğünde birinin*

*çantasını karıştırmış olabileceğinden şüphelendiği için içindeki malzemelerden kurtulmaya çalışmıştı ama bu esnada gözünden kaçan bir iğne ve şırınga yere düştü. Ardından konuştuklarında hasta odasının aranmasından dolayı üzgündü ama gözle görülür bir şekilde bu konuyla ilgili belirgin bir kızgınlığı yoktu. Bir psikiyatristle görüşmeyi kabul etti fakat kendine bakterileri şırınga ile enjekte ettiğini reddetmeye devam ediyordu.*

*Ertesi gün hasta gözyaşları içinde çantasında bakteriyolojik malzemeler olduğunu itiraf etti ancak bunları yalnızca cildindeki bazı kabarcıkların içindeki sıvıyı boşaltmak için kullandığını söyledi. Yine de kendine bakteri enjekte ettiğini reddetti ve hekimlerin "sorunlarının nedenini aramaya devam etmesi" yönündeki isteğinin sürdüğünü söyledi.*

*(Savino ve Fordtran, 2006, s. 201-202)*

Yapay bozukluk, yaygın olarak *Munchausen sendromu* olarak da bilinir; sendrom, adını 18. yüzyılda Avrupa'da tavernalarda sözde askerlik maceraları hakkında fantastik hikâyeler anlatan süvari subayı Baron von Münchhasusen'in bu serüveninden almaktadır (Ayoub, 2010). Yapay bozukluğu olan kişiler, hastalık görünümü yaratmak için genellikle aşırıya kaçan davranışlar sergiler (APA, 2013). Birçoğu hasta görünmek için gizlice ilaç alır. Az önceki vaka örneğinde olan kadın gibi bazıları kanamaya, enfeksiyonlara veya başka sorunlara neden olabilecek maddeleri bilerek vücuduna enjekte eder (Yates ve Feldman, 2017). Bazı kişiler ise kronik ishal oluşması için ishale yol açan laksatif ilaçlar alır. Özellikle yüksek ateş oluşturmak oldukça kolaydır. Uzun süren, nedeni belirlenememiş yüksek ateşi olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, bu kişilerin yüzde 9'unun en nihayetinde yapay bozukluk tanısı aldığı görülmüştür (Irwin ve Bursch, 2018).

Yapay bozukluğu olan kişiler sıklıkla sözde hastalıkları hakkında araştırma yaparlar ve tıp hakkında etkileyici bir şekilde bilgi sahibidir. Birçoğu kolaylıkla ağrı verici testlere girebilir veya tedavi alabilir hatta ameliyat olabilir. Belirtilerinin gerçek olmadığına dair somut kanıtlarla karşılaştıklarında genellikle bu durumu reddederler ve o hastaneden çıkıp aynı gün başka bir hastaneye gidebilirler.

Klinik araştırmacılar, hastalar problemlerinin gerçek doğasını sakladıkları için yapay bozukluğun yaygınlığını belirlemekte zorlanmaktadır (Kapfhammer, 2017). Bu bozukluk genel olarak kadınlarda erkeklerden daha yaygın görülmektedir. Bununla birlikte bozukluk erkeklerde daha ağır seyredebilmektedir. Belirtiler genellikle erken yetişkinlik döneminde başlamaktadır.

Yapay bozukluk özellikle (1) çocukken tıbbi bir sorun için kapsamlı tedavi gören, (2) tıp mesleğine kin besleyen veya (3) hemşire, laboratuvar teknisyeni veya tıbbi yardımcı olarak çalışan kişiler arasında yaygın olarak görülmektedir (Yates ve Feldman, 2017). Bu kişilerden bazıları zayıf bir sosyal desteğe, az miktarda kalıcı sosyal ilişkiye ve aile hayatına sahiptir (Irvin ve Bursch, 2018; McDermott ve diğ., 2012).

Yapay bozukluğun kesin nedeni anlaşılmamış olsa da vaka çalışmaları, depresyon, çocuklukta destekleyici olmayan ebeveyn ilişkileri gibi etkenlerin ve hastaymış gibi davranmadan karşılanması mümkün olmayan aşırı bir ilgiye ve/veya sosyal desteğe ihtiyaç duyulması gibi nedenlerin bozukluğa katkıda bulunuyor olabileceğine işaret etmektedir (Irwin ve Bursch, 2018). Klinisyenler, kesin nedenini belirleyememelerinin yanı sıra bu bozukluk için güvenilir bir biçimde etkili tedaviler de geliştirememiştir.

Psikoterapistler ve hekimler, yapay bozukluğu olan kişilere genellikle kızgınlık veya öfke hissettiklerini, bu insanların gelinen noktada zamanlarını boşa harcadıklarını düşündüklerini bildirmektedir (Jafferany ve diğ., 2018; Weis ve ark. 2016). Yine de bu bozukluğa sahip kişiler sorunları üzerinde kontrollerinin olmadığını hisseder ve genellikle büyük bir sıkıntı yaşarlar.

Yapay bozuklukla ilişkili bir örüntü olan ve yaygın olarak *vekâleten Munchausen sendromu (Munchausen by Proxy syndrome)* adıyla bilinen bir başkasına yüklenen yapay bozuklukta ise, ebeveynler veya bakım verenler çocuklarda gerçek olmayan fiziksel hastalık belirtileri varmış gibi yanıltıcı bir durum ortaya çıkarır ve bazı durumlarda bu çocukların tekrar tekrar ağrı verici tanısal testlere girmelerine,

#

## #RahatlamaArayışı

Araştırmalar, aile hekimlerinin bakımı altındaki hastaların yüzde 17'sinin görünürde fiziksel bir nedeni olmayan bedensel belirtileri olduğunu göstermektedir (Greenberg, 2016).

TABLO: 8-1

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk |
|---|
| 1. Açık dış ödüller olmasa bile yanlış bir izlenime neden olan psikolojik fiziksel belirtiler gösterme ya da yaralanmaya yada hastalığa yol açma. |
| 2. Kişinin kendisini başkalarına hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunması. |
| **Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk** |
| 1. Açık dış ödüller olmasa bile bir başkasında yanlış bir izlenime neden olan psikolojik fiziksel belirtiler ortaya çıkarma ya da yaralanmaya yada hastalığa yol açma. |
| 2. Kişinin bir başkasını (mağduru) başkalarına hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunması. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

# Vekâleten Munchausen Sendromu

8 yaşındaki Tanya, son beş yılda 127 kez hastaneye yatırılmış ve ona dalağının alınmasından bağırsaklarına yönelik bir keşif ameliyatına kadar 28 farklı tıbbi prosedür uygulanmıştı. İki ay önce annesi, çocuğunu bu şekilde tehlikeye atması nedeni ile tutuklandı. Tanya'nın büyükannesi annesinin tutuklanması (ya da kendi deyimiyle "annesinin uzaklara gitmiş olması") hakkında onunla nazikçe konuşmaya çalıştığında Tanya üzüldü ve kafası karıştı..



Frank Holl, Convalescent. Private Collection © Christopher Wood Gallery, London, UK/Bridgeman Images

**Frank Holl'un "Convalescent" eseri, 1867**

*"Annemi çok özledim. O dünyanın en iyi insanı. Bütün zamanını hastanede benimle geçirdi. Annemin beni kötü hissettirdiğini, tüpüme kötü şeyler koyduğunu söylüyorlar. Ama annemin söyledikleri şekilde bana kötü hissettirmiş olması mümkün değil."*

Tanya gibi vakalar toplumu dehşete düşürdü ve vekâleten Munchausen sendromuna olan ilgiyi artırdı. Bu tür yapay bozukluklara genellikle fiziksel bazı belirtileri oluşturmak için çocuğa ilaç verme, hekimin onayı olmadan ilaçları değiştirme, beslenme tüpünü kirletme hatta çocuğu boğma gibi yöntemlere başvuran bakım veren rolündeki kişi neden olmaktadır (Roesler ve Jenny, 2018; Akin ve diğ., 2016). Hemen hemen her türde belirti görülmekle birlikte en yaygın görülen belirtiler arasında kanama, kasılma nöbetleri, astım, koma, ishal, kusma, "kazara" zehirlenme, enfeksiyon, ateş ve ani bebek ölümü sendromu gibi durumlar yer almaktadır (Wittkowski ve diğ., 2017).

Vekâleten Munchausen sendromu mağdurlarının yüzde 6 ila 30'u belirtilerinin bir sonucu olarak hayatını kaybetmekte ve hayatta kalanların ise yüzde 8'inde kalıcı şekil bozuklukları ya da fiziksel engel durumları görülmektedir (Braham ve diğ., 2017; Ayoub, 2006). Bu durum aynı zamanda psikolojik, eğitsel ve fiziksel gelişimi de etkilemektedir (Bas ve Glaser, 2014).

Bu sendromun teşhis edilmesi çok zordur ve bu sendromun toplumdaki yaygınlığı bir zamanlar klinisyenlerin düşündüğünden çok daha fazla olabilir (Roesler ve Jenny, 2018). Ebeveyn (genellikle de anne) o kadar kendini çocuğuna adamış ve şefkatli görünür ki onu görenler ona sempati ve hayranlık duyar. Ancak çocuk ve ebeveyn ayrıldığında söz konusu fiziksel belirtiler ortadan kalkar. Çoğu durumda hasta çocuğun kardeşleri de bu durum nedeni ile mağdur olur (Braham ve diğ., 2017).

**Toplum, vekâleten Munchausen sendromuna yol açan ebeveynleri tedavi mi etmelidir yoksa cezalandırmalı mıdır?**

Bir ebeveyn neden bu şekilde kendi çocuğunun acı çekmesine ve hasta olmasına yol açar? Tipik bir vekaleten Munchausen sendromu olan bir çocuğun annesi duygusal açıdan ilgiye muhtaçtır: Hasta çocuğuna özverili bir bakım sağlıyor olması nedeni ile gördüğü ilgi ve aldığı övgüler için can atar (Anderson, Feldman ve Bryce, 2018; Ashraf ve Thevasagayam, 2014). Sağlık sistemi dışında çok az sosyal desteği olabilir. Bu tür annelerin genellikle tıbbi bir geçmişi de vardır -belki daha önce bir hekimin muayenehanesinde çalışmış olabilirler (Yates ve Bass, 2017). Bazı annelerin kendileri de tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler gösterir (Roesler ve Jenny, 2018). Tipik olarak kendilerine somut bir şekilde kanıt sunulsa da kendilerini hasta biri gibi göstermeye yönelik davranışlarını inkâr ederler ve ilk başta terapiye gitmeyi reddedebilirler.

Hukuki uygulamalarda vekaleten Munchausen sendromu çocuk istismarının özenle planlanmış bir biçimi olarak görülmekte ve suç sayılmaktadır (Irwin ve Bursch, 2018). Neredeyse her zaman çocuğun anneden alınması yönünde bir karar verilir (Koetting, 2015; Ayoub, 2010, 2006). Aynı zamanda bu tür eylemlere başvuran bir ebeveynin ciddi psikolojik sorunları vardır ve bu nedenle psikolojik yardım alması gereklidir. Vakaların çoğunda özellikle de bu sorunu ılımlı yada orta düzeyde bir şiddette deneyimleyen ebeveynlerle yürütülen tedavi, ebeveynin aileye yeniden dâhil olmasını, ailenin bir parçası olmasını mümkün kılar (Roesler ve Jenny, 2018). Günümüzde klinik araştırmacılar ve uygulamacılar, bu tür ebeveynler ve onlar tarafından mağdur edilen çocukları için daha iyi düzeyde bir içgörü geliştirmelerini sağlamak ve daha etkili tedaviler geliştirmek için çalışmalar gerçekleştirmektedir.

ilaçlar almalarına ve ameliyat olmalarına yol açar (Roesler ve Jenny, 2018) (bk. **Tablo 8-1**). Çocuklar, ebeveynlerinden uzaklaştırılıp başka birinin bakımına verildiğinde ise bu belirtiler ortadan kaybolur (bk. ***Psikolojik Gözlem***).

## ...ÖZETLE

**YAPAY BOZUKLUK** Yapay bozukluğu olan kişiler tipik olarak hasta bir kişi rolünü üstlenmek amacıyla fiziksel belirtiler ortaya çıkarır ya da bu tür belirtileri taklit ederler. Bununla ilişkili bir örüntü olan bir başkasına yüklenen yapay bozuklukta ise ebeveynler, çocuklarında gerçek olmayan fiziksel hastalık belirtileri varmış gibi yanıltıcı bir durum ortaya çıkarır.

# Konversiyon Bozukluğu ve Bedensel Belirti Bozukluğu

Bir bedensel hastalığın kişi üzerinde aşırı ve orantısız bir etkisi olduğunda, görünürde tıbbi bir nedeni olmadığında veya bilinen tıbbi hastalıklarla açıklanamadığında, hekimler bu durumun bir *konversiyon bozukluğu* veya *bedensel belirti bozukluğu* olduğundan şüphelenebilir. Brian'ın içinde bulunduğu zor duruma bir bakalım:

**konversiyon bozukluğu** Bedensel belirtilerin istemli motor ve duyusal işlevlerde değişikliklere neden olduğu ancak bu belirtilerin bilinen herhangi bir tıbbi hastalıkla açıklanamadığı bozukluk.

*Brian, cumartesi günü karısı Helen ile birlikte yelkenlisi ile denize açıldı. Deniz dalgalıydı ama güvenli olarak gördükleri sınırlar içindelerdi. Harika vakit geçiriyorlardı ve gökyüzünün kararmakta olduğunu, rüzgârın daha sert esmeye başladığını ve yelkenliyi kontrol etmenin zorlaştığını tam anlamıyla fark etmemişlerdi. Birkaç saat geçtikten sonra kendilerini kıyıdan çok uzakta, güçlü ve tehlikeli bir fırtınanın ortasında buldular.*

*Fırtına çok çabuk şiddetlendi. Brian, sert rüzgârlar ve vahşi dalgaların ortasında yelkenliyi kontrol etmekte zorlandı. O ve Helen daha önce giymeyi ihmal ettikleri can yeleklerini giymeye çalıştılar fakat onlar, daha yelekleri giyememişken tekne ters dönüverdi. Helen'den daha iyi bir yüzücü olan Brian devrilmiş olan yelkenliye geri yüzmeyi, yanından tutup yaşama da tutunmayı başardı ancak Helen sert dalgaların üstesinden gelip tekneye ulaşamadı. Brian dehşet içinde ve şaşkınlıkla onu izlerken karısı gözden kayboldu.*

*Bir süre sonra fırtına gücünü kaybetmeye başladı. Brian yelkenliyi düzeltip kıyıya geri dönmeyi başardı. Sonunda güvenli bir yere ulaştı fakat bu fırtınanın onda yarattığı etki, daha yeni ortaya çıkıyordu. Sonraki günler acı ve dehşetle doluydu: Sahil Güvenlik Helen'in cesedini buldu... mesajlar, e-postalar ve aile üyeleri ve arkadaşlarla konuşmalar... kendini suçlama... keder... ve daha fazlası. Bu dehşeti daha da artıran şey, tekne kazasında Brain'ın ciddi bir fiziksel bir sakatlık geçirmesi oldu -artık düzgün yürüyemiyordu. Bu korkunç sakatlığı ilk kez kazadan hemen sonra tekneyi kıyıya geri getirdiğinde fark etti. Yardım almak için yelkenliden inmeye çalışırken bacaklarını güçlükle hareket ettirebiliyordu. Sahil kenarındaki restorana ulaşabilmek için tek yapabildiği sürünmekti. İki müşteri onun bir sandalyeye oturmasına yardım etti, olanları anlattıktan ve yetkililere haber verildikten sonra hastaneye götürülmesi gerekti.*

*İlk başta Brian ve hastanede onunla ilgilenen hekim, kaza sırasında yaralanmış olabileceğini düşünüyorlardı. Ancak yapılan bir dizi testin sonucunda hiçbir sorun görünmüyordu -ne kırık bir kemik ne omurga hasarı ne de başka bir şey. Bu kadar ciddi bir bozukluğu açıklayabilecek hiçbir şey yoktu.*

*Ertesi sabah bacaklarındaki güçsüzlük neredeyse bir felç durumuna dönüşmüştü. Hekimler, sorunun nedenini belirleyemedikleri için çok fazla hareket etmemesinin iyi olacağına karar verdiler. Polisle uzun süre konuşmasına izin verilmedi. Bu derin pişmanlığının üzerine bir de Helen'in cenazesine bile katılmasına izin verilmemesi eklendi.*

*Brian'ın bu durumunun gizemi sonraki günler ve haftalarda derinleşti. Felç durumu devam ettikçe, gittikçe daha fazla içine kapandı, birkaç arkadaşı ve aile üyesinden başka kimseyi göremiyordu ve Helen'in ölümü nedeni ile gerçekleştirilmesi gereken pek çok tatsız görevi yerine getiremiyordu. İşe dönmeyi ya da bir şekilde hayatına devam etmeyi başaramadı. Mesajlaşma, e-posta gönderme ve telefon görüşmeleri yavaş yavaş durdu. En fazla internette gezinebiliyordu. Neredeyse en başından beri Brian'ın felci onu kendi başına bırakmış ve duygularını tüketmişti, ne geriye bakabiliyor ne de ileriye gidebiliyordu.*

## Konversiyon Bozukluğu

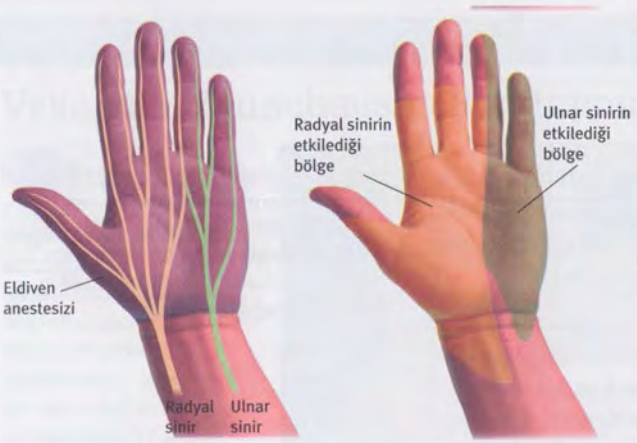
Brian, en sonunda **konversiyon bozukluğu** tanısı aldı (bk. **Tablo 8-2**). Bu bozukluğa sahip kişilerde istemli motor veya duyusal işlev değişikliklerine neden olan fiziksel belirtiler görülür ancak bu belirtiler bilinen herhangi bir tıbbi hastalıkla açıklanamaz (APA, 2013). Kısacası, bu kişiler nörolojik bir temeli olmayan ancak nörolojik belirtilere benzeyen -örneğin felç, körlük veya his kaybı gibi- birtakım belirtilere sahiplerdir.

**TABLO : 8-2**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Konversiyon Bozukluğu |
|---|
| 1. İstemli motor ya da duyusal işlev değişikliği ile ilgili en az bir belirtinin varlığı. |
| 2. Belirtiler bilinen başka bir nörolojik ya da tıbbi hastalıkla daha iyi açıklanamaz. |
| 3. Bu belirti, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.




ŞEKİL 8-1

**Eldiven Anestezisi**

Konversiyon bozukluğunun bu belirtisinde (soldaki şekil) elin parmak uçlarından bileğe uzanan tüm bölgeleri uyuşur. Bunun tersine ulnar sinirde gerçek bir hasar meydana geldiğinde ise (sağdaki şekil) yüzük parmağında ve küçük parmakta ve kolun biraz yukarısında bilekten sonraki bölgelerde uyuşma olur; radyal sinirdeki hasar da sadece yüzük, orta, işaret ve baş parmaklarının bazı kısımlarında ve kısmen kolun yukarısındaki bölgelerde his kaybına neden olur (Bilgi kaynağı: Gray, 1959).

Konversiyon bozukluğunu gerçek bir tıbbi durumdan ayırt etmek hekimler için bile genellikle oldukça zordur (Redinger ve diğ., 2018; Tsui, Deptula ve Yuan, 2017). Aslında konversiyon bozukluğu tanısının hatalı olması ve hastanın probleminin henüz tespit edilemeyen nörolojik veya diğer tıbbi bir nedeni olması her zaman mümkündür (Stone ve Sharpe, 2018, 2017). Konversiyon bozuklukları "gerçek" tıbbi rahatsızlıklara çok benzediğinden hekimler bazen bu iki durumu ayırt edebilmek için hastanın yaşadığı soruna yönelik tıbbi tabloya uymayan özelliklere bakarlar (Tsui ve diğ., 2017). Konversiyon bozukluğunun belirtileri, örneğin sinir sisteminin çalışma mekanizması ile çelişebilir. Konversiyon bozukluğunda görülen belirtilerden *eldiven anestezisi* adı verilen durumda bilekte aniden bir uyuşma başlar ve parmak uçlarına kadar eşit bir şekilde uzanır. **Şekil 8-1**'de de görüldüğü gibi gerçek bir nörolojik hasarın varlığı söz konusu olduğunda ise bu tür bir belirti, nadiren ani bir şekilde başlar veya eşit olarak yayılır.

Bir konversiyon bozukluğunun fiziksel etkileri, benzerlik gösterdiği tıbbi durumun etkilerinden farklı olabilir (Stone ve Sharpe, 2018, 2017). Örneğin belden aşağısının felç olması veya parapleji durumu gerçek bir omurilik hasarından kaynaklandığında fizik tedavi uygulanmazsa kişinin bacak kaslarında *atrofi* oluşur veya kaslar tamamen işlevini kaybedebilir. Aksine bir konversiyon bozukluğunda görülen felç durumunda ise kişinin kaslarında genellikle atrofi oluşmaz. Belki de konversiyon bozukluğu olan kişiler kaslarını çok farkında olmasalar da kullanabilmektedir. Benzer şekilde konversiyon bozukluğu sonucunda körlük yaşayan kişiler, gerçekten kör olanlara göre daha az kazaya maruz kalır, bu da farkında olmasalar bile en azından bir şekilde görebildiklerinin bir göstergesidir.

Yapay bozukluğu olan kişilerin aksine konversiyon bozukluğu olanlar belirtileri kasıtlı olarak oluşturmaz veya taklit etmez. Bu bozukluğa sahip kişiler de tıpkı Brian gibi neredeyse her zaman sorunlarının gerçekten tıbbi bir nedeni olduğuna inanırlar. Bu örüntü "konversiyon" bozukluğu olarak adlandırılır çünkü klinik kuramcılar, bu tür bir bozukluğu olan bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını veya çatışmalarını nörolojik belirtilere benzeyen belirtilere dönüştürdüklerini düşünüyorlar (Ding ve Kanaan, 2017). Bazı kuramcılar hâlâ bozukluğun bu tür bir dönüşümden kaynaklandığına inanmakla birlikte ilerleyen bölümlerde de göreceğiniz gibi bazı kuramcılar ise bu duruma farklı açıklamalar getirmektedir.

Konversiyon bozukluğu genellikle geç çocukluk ve genç yetişkinlik dönemleri arasında başlar, kadınlarda erkeklere göre en az iki kat daha fazla görülür (Raj ve diğ., 2014). Genellikle aşırı stresli zamanlarda aniden ortaya çıkar. Nadiren bazı vakalarda bozukluk belirtileri sadece birkaç hafta sürer (Stone ve Sharpe, 2018, 2017). Bazı araştırmalar, bu tür bir bozukluk geliştiren kişilerin genellikle telkin edilmeye yatkın olduğunu göstermektedir (bk. ***Akıl ve Teknoloji,*** s. 245), örneğin çoğu hipnotik yönteme karşı oldukça duyarlıdır (Tsiu ve diğ., 2017). Bu bozukluğun her 1000 kişiden en fazla 5'inde ortaya çıkan nadir bir sorun olduğu düşünülmektedir (Stone ve Sharpe, 2018, 2017).

## Bedensel Belirti Bozukluğu

**Bedensel belirti bozukluğu** olan kişiler; yaşadıkları bedensel belirtiler konusunda aşırı derecede sıkıntılı, endişeli ve kaygılı hissederler ve günlük yaşamları bu belirtiler nedeniyle önemli ölçüde kesintiye uğrar (APA, 2013) (bk. **Tablo 8-3**). Belirtiler konversiyon bozukluğunun belirtilerine göre daha uzun sürer ancak daha az dramatiktir. Bazı durumlarda bedensel belirtilerin bilinen bir nedeni yoktur, bazen de bu belirtilerin nedenleri belirlenebilir. Her iki durumda da kişinin endişeleri bedensel belirtilerin önemiyle orantısızdır.

**bedensel belirti bozukluğu**
İnsanların deneyimledikleri bedensel belirtiler konusunda aşırı derecede sıkıntılı, endişeli ve kaygılı hâle geldiği ve günlük yaşamlarının belirtilerle orantısız bir şekilde sekteye uğradığı bozukluk.

Bedensel belirti bozukluğunda özellikle iki tür örüntü dikkat çekmektedir. Bunlardan *bedenselleştirme (somatizasyon) örüntüsü* olarak adlandırılan örüntüde birey çok sayıda ve çeşitli türde bedensel belirti deneyimler. *Ağrının baskın olması ile seyreden* örüntüde ise kişinin temel bedensel belirtisi ağrıdır.

**Bedenselleştirme Örüntüsü** Sheila, bu kadar geniş bir belirti yelpazesi ile tıp uzmanlarını bile şaşırttı:

> *Sheila, 17 yaşından beri keşif ameliyatı gerektiren ancak bu ameliyat sonunda belirli bir tanı verilememiş bir karın ağrısından muzdaripti. Her biri şiddetli mide bulantısı, kusma ve anormal bir ağrı ile seyreden birkaç hamilelik geçirmişti, nihayetinde uterus sorunu sebebiyle ona histerektomi uygulandı. 40 yaşından beri baş dönmesi ve "bayılmalar" yaşıyordu ve sonunda kendisine Multiple Skleroz olabileceği veya beyninde tümör olabileceği söylendi. Hâlsizlik, bulanık görme ve idrar yapmada güçlük çekerek uzun süre yatalak kaldı. 43 yaşında şişkinlik ve çeşitli yiyeceklere karşı gıda duyarlılığı (tolerans bozukluğu) gibi şikâyetleri nedeniyle mide fıtığına yönelik tıbbi tetkikler yapıldı. Ayrıca nörolojik tetkikler, hipertansiyon ve böbrek tetkikleri için hastaneye pek çok yatışı oldu ama bunların hiçbirinde ona kesin bir tanı konulamadı.*
>
> *(Spitzer ve diğ., 1994, 1981, s. 185, 260)*

Sheila gibi bedensel belirti bozukluğunun bedenselleştirme örüntüsüne sahip kişiler, tipik olarak çok az gerçek bir fiziksel temeli olan veya hiç olmayan birçok uzun süreli fiziksel rahatsızlık yaşarlar. İlk kez 1859'da Pierre Briquet tarafından tanımlanan bu örüntü, *Briquet sendromu* olarak da bilinir. Hastanın rahatsızlıkları arasında genellikle ağrı belirtileri (baş ağrısı veya göğüs ağrısı gibi), gastrointestinal belirtiler (mide bulantısı veya ishal gibi), cinsellik ile ilişkili belirtiler (sertleşme sorunları veya menstürel sorunlar gibi) ve nörolojik tip semptomlar (çift görme veya felç gibi) bulunur.

Bedenselleştirme örüntüsü olan kişiler genellikle rahatlama arayışı ile sürekli olarak bir hekimden diğer bir hekime gider. Genellikle belirtilerini dramatik ve abartılı terimlerle açıklarlar. Çoğu kaygılı ve depresif hisseder (Witthöft, Gropalis ve Weck, 2019; Walentynowicz ve diğ., 2017). Bu örüntü sıklıkla uzun yıllar sürer, zaman zaman dalgalı bir seyir izler ancak terapi desteği olmadan nadiren tamamen ortadan kaybolur (Greenberg, 2016; Abbey, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm insanların yüzde 4'ünde herhangi bir yılda bir bedenselleştirme örüntüsü görülebilir ve kadınlarda erkeklerden çok daha yaygındır (Greeberg, 2016). Bu örüntü genellikle ailelerde de görülür, bu örüntüye sahip kadınların yakın kadın akrabalarının yüzde 20 kadarı da böyle bir örüntü geliştirmektedir. Genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleri arasında başlar.

**Ağrının Baskın Olması ile Seyreden Örüntü** Bedensel belirti bozukluğunun birincil özelliği ağrı ise kişi ağrının baskın olması ile seyreden bir örüntüye sahiptir. Konversiyon bozukluğu veya başka bir bedensel belirti bozukluğu örüntüsü olan hastalar da ağrı yaşayabilir fakat bu örüntüde ağrı temel bir belirtidir. Ağrının kaynağı biliniyor veya bilinmiyor olabilir. Her iki durumda da ağrı nedeni ile ortaya çıkan endişeler ve rahatsızlık, belirtilerin şiddeti ve önemi ile orantısızdır.

Yaygınlığı kesin olarak belirlenmemiş olsa da bu örüntünün görülme oranı oldukça yüksektir (Witthöft ve diğ., 2018; Cozzi ve diğ., 2017). Her yaşta başlayabilir ve kadınların böyle bir örüntüyü deneyimleme olasılığı erkeklerden daha fazladır. Genellikle bir kazadan sonra veya gerçek ağrıya neden olan bir hastalık sırasında gelişir ve ilerleyen süreçte ağrı başlı başına ayrı bir soruna dönüşür. Örneğin 36 yaşında bir kadın olan Laura, sarkoidoz adı verilen bir tür tüberküloz hastalığının olağan belirtilerinin oldukça ötesine geçen ağrılar bildiriyordu:

> *Ameliyattan önce beni gerçekten rahatsız eden hiçbir ağrım yoktu. Ameliyattan sonra göğsümde ve kaburgalarımda şiddetli ağrılar yaşıyordum, eklem ağrılarım çok artmıştı ve bunlar ameliyattan sonra yaşadığım, daha önce hiç yaşamadığım türde sıkıntılardı... Gece sürekli acil servise gidiyordum, saat 23.00'te, 00.00'da ve 01.00'de ve bu böyle tüm gece boyunca devam ediyordu. İlaç aldığımda ertesi gün ağrım hafifliyordu ancak bir süre sonra ağrılarım yine artıyordu ve acile gidiyordum. Bu arada bu ağrıların nedenini tespit etmeleri için başka hekimlere de gittim ama yaşadığım bu ağrıların nedenini hiçbir zaman bulamadılar....*
>
> *(devamı sonraki sayfada)*

**TABLO: 8-3**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Bedensel Belirti Bozukluğu |
|---|
| 1. Kişi sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan en az bir bedensel (somatik) belirti deneyimler. |
| 2. Kişi, aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, fiziksel belirtilerin doğası veya etkilerine ilişkin aşırı düzeyde düşünce, duygu ve davranış deneyimler:<br>(a) Belirtilerin önemi ile orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.<br>(b) Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili sürekli düzeyde bir kaygı.<br>(c) Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır. |
| 3. Belirtiler genellikle altı aydan daha uzun bir süre devam eder. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

#

## #EkAğrı

%32 düşük gelir grubunda kronik diz veya bacak ağrısı yaşayan kişilerin yüzdesi

%19 yüksek gelir grubunda kronik diz veya bacak ağrısı yaşayan kişilerin yüzdesi

(Bilgi kaynağı: Anson, 2017; Brown, 2012)

> *... Kendi başıma ya da kocamla dışarı çıktığımda belirli bir noktada eve dönmek zorunda kalıyoruz çünkü ağrılarım başlıyor... Çoğu zaman bir şeyler yapamayacak gibi oluyorum çünkü göğsüm bir nedenden dolayı ağrıyor... İki ay önce bir hekim beni muayene ettiğinde ve başka bir hekim de röntgen sonuçlarına baktığında sarkoide dair herhangi bir belirti görmediğini ve bu ağrıların sarkoid ile bağlantılı olup olmadığını değerlendirmek için kan ve diğer bazı şeyler üzerinde bazı tetkikler yaptıklarını söyledi...*
>
> *(Green, 1985, s. 60-63)*

**#TanısalKarmaşa**

Geçmiş yıllarda kamçı sendromu (Whiplash) olarak da bilinen boyun incinmesine psikolojik etkenlerin neden olduğu bir durum şeklinde sürekli olarak yanlış tanı konulmuştur.

## Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozukluklarına Ne Sebep Olur?

Uzun yıllar boyunca konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları, *histerik* bozukluklar olarak adlandırıldı. Bu etiket, bu bozukluklarda görülen bedensel belirtilerin altında aşırı ve kontrolsüz duyguların yattığına dair yaygın inancı yansıtmaktaydı.

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Ambroise-Auguste Liébeault ve Hippolyte Bernheim'ın çalışmaları, histerik bozuklukların kökeninde psikolojik etkenlerin olduğu fikrinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Bu araştırmacılar, zihinsel bozuklukların incelenmesi ve tedavisi için Paris'teki Nancy Okulu'nu kurmuştur. Bu okulda gerçekleştirdikleri çalışmalarında hipnotik telkin yoluyla normal insanlarda histerik belirtiler -sağırlık, felç, körlük ve uyuşma- oluşturabildiler ve bu belirtileri yine aynı yolla ortadan kaldırabildiler (bk. Bölüm 1). Bu araştırmacılar, fiziksel işlev bozukluklarını hipnotik telkin yöntemi kullanılarak hem oluşturulabiliyor hem de ortadan kaldırılabiliyorsa histerik bozuklukların kendilerinin de psikolojik süreçlerden kaynaklanabileceği sonucuna varmışlardır.

Konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları için günümüzün önde gelen açıklamaları psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve çok kültürlü modellerden temel almaktadır. Ancak bu açıklamalardan hiçbiri araştırma sonuçları ile çok fazla desteklenmemiş ve söz konusu bozuklukların doğası hâlâ yeterince anlaşılamamıştır (Levenson, 2018; Stone ve Sharpe, 2017).

**Electra kompleksinde işler ters gidiyor** Freud, ebeveynlerin kız çocuklarının babasına yönelik erken dönemde gelişen cinsel isteğine aşırı tepki verdiklerinde, örneğin onu defalarca cezalandırdıklarında, histerik bir bozukluğun ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür. Çocuk yetişkinlikte de cinsel isteklerini bastırabilir ve bu istekler fiziksel rahatsızlıklara dönüşebilir.

**Psikodinamik Bakış Açısı** Bölüm 1'de okuduğunuz gibi Freud'un psikanaliz kuramının temellerini histerik belirtileri açıklama çabaları oluşturmaktadır. Aslında Freud, bu belirtileri olan hastaları gerçek sorunları olan insanlar olarak görüp onların sorunlarını ciddiye alarak tedavi eden kendi zamanındaki az sayıda klinisyenden biriydi. Paris'te hipnoz eğitimi aldıktan sonra kendisinden yaşça büyük bir hekim olan Josef Breuer'in (1842-1925) çalışmalarıyla ilgilenmeye başladı. Breuer histerik sağırlık, dağınık konuşma ve felç gibi belirtileri olan Anna O. adlı bir kadın vakayı hipnoz kullanarak başarılı bir şekilde tedavi etti (Ellenberger, 1972). Bu ve benzeri vakaları temel alarak Freud (1894), histerik bozuklukların altta yatan duygusal çatışmaların fiziksel belirtilere ve endişelere *dönüşmesini* (konversiyonu) temsil ettiğine inanmaya başladı (Ding ve Kanaan, 2017).



Hero Images/Getty Images

Freud, histerik bozukluğu olan hastalarının çoğunun kadın olması nedeni ile bu tür bozukluklara ilişkin açıklamalarının odağını kız çocuklarının *fallik dönemdeki* (3-5 yaş arası) ihtiyaçlarına çevirdi. Hayatının o döneminde tüm kız çocuklarının *Electra kompleksi* adı verilen isteklerine yönelik bir örüntü geliştirdiğine inanıyordu: Her kız çocuğu, babasına karşı cinsel bir istek duyar ve aynı zamanda babasının ilgisi için annesiyle rekabet etmesi gerektiğinin farkındadır. Bununla birlikte annesinin daha güçlü bir konumda olduğunun ve toplumsal kuralların farkında olan çocuk, babasına yönelik erken dönemde gelişen bu cinsel isteğini tipik olarak bastırır.

Freud, ebeveynleri çocuğun cinsel isteklerine aşırı tepki verirse -örneğin güçlü cezalarla- Elektra çatışmasının çözülemeyeceğine ve çocuğun hayatı boyunca bu cinsel kaygıyı yeniden yaşayabileceğine inanıyordu. Ne zaman cinsel isteklerini tetikleyen bir olay olsa farkında olmadan onları hem kendisinden hem de

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Sosyal Medya "Kitlesel Histeriyi" Yayabilir mi?

Bölüm 1'de, aynı zamanda *kitlesel histeri* veya *kitlesel psikojenik bozukluk* olarak da bilinen ve çok sayıda insanın görünürde bir nedeni olmayan benzer psikolojik veya fiziksel bozukluklar sergilediği Orta Çağ'daki *kitlesel delilik* salgınları hakkında bazı bilgiler edinmiştiniz (bk. 8 ve 9. sayfalar). Belirli zamanlarda ortaya çıkan bu gizemli hastalık salgınları çok da geçmişte kalmadı. Aslında günümüzde de bu tür vakaların sayısında bir artış görülüyor (Loharikar ve diğ., 2018; Boissoneault, 2017). Günümüzde klinisyenlerin çoğu, bu salgınların konversiyon bozukluğunun bir türü olduğunu düşünmektedir.

Yeni Zelandalı sosyolog Robert Bartholemew (2014), 400 yıl öncesine dayanan kitlesel psikojenik hastalıkları incelemekte ve sosyal medyanın mevcut artışta büyük bir etkisi olduğunu öne sürmektedir. New York-Le Roy'daki önemli bir 2011 salgını, sosyal medyanın oynadığı önemli rolü göstermektedir (Goldstein ve Hall, 2015; Vitelli, 2013). Yerel bir lise öğrencisi, yüz spazmları yaşamaya başladı. Birkaç hafta sonra, diğer bazı lise öğrencileri de benzer belirtiler göstermeye başladı ve sonunda söz konusu liseden 18 öğrenci bu durumdan etkilendi. Görünüşe göre bu gençlerin bir kısmı, yakın bir kasabada yaşayan ve önemli düzeyde tike sahip bir genç kızın YouTube videosunu gördükten sonra belirtiler göstermeye başlamıştı. Hekimler sonunda bu durumun kitlesel psikojenik hastalığın bir örneği olduğu sonucuna vardılar.

Le Roy vakasının sosyal medyanın olası rolüne işaret eden alışılmadık özelliği, 18 lise öğrencisine ek olarak bu genç kızlarla hiçbir bağlantısı olmayan 36 yaşındaki bir kadının da aynı zaman diliminde aynı belirtileri yaşamaya başlamasıdır (NBC, 2012). Söz konusu kadın, böyle bir durumun yaşandığını ilk olarak bir Facebook gönderisinde gördüğünü belirtmiştir.

Son yıllarda bu vakaya benzer şekilde 2013'te Massachusetts, Danvers'teki gençler arasında görülen hıçkırık ve diğer vokal tikleri (ses tiki) salgını ve belirgin hiçbir fiziksel nedeni olmayan ciddi düzeyde gastrointestinal belirtiler gösteren Bangladeş'teki 400 tekstil işçisi gibi bazı vakalar da görülmüştür. Bu vakalarda belirtiler kısmen de olsa en azından sosyal medyada bu tür haberlere maruz kalmanın bir sonucu olarak yayılıyor gibi görünmekteydi.

Bartholomew (2014), sosyal medyanın bu gücü nedeniyle gelecekteki salgınların şimdiye kadar kaydedilenden daha çok sayıda geniş kapsamlı ve şiddetli olabileceğine inanmaktadır. Uzak geçmişte yaşanan bu tür vakalara dair gözlemini şöyle aktarıyor: "[kitlesel psikojenik hastalıkları tedavi etmeleri için] çağrılan yerel rahipler göz korkutucu bir görevle karşı karşıyaydılar... Aslında bir açıdan da şanslıydılar: Cep telefonu, Twitter ve Facebook ile uğraşmak zorunda değillerdi."



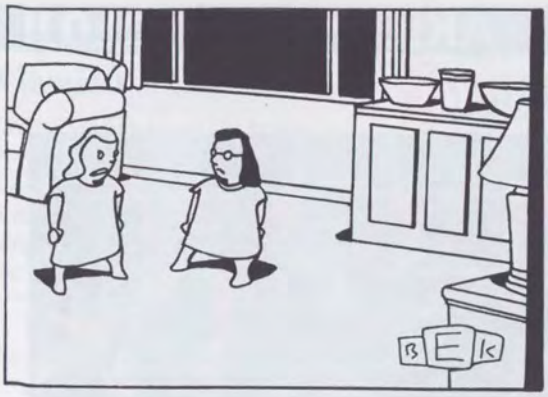
Sergei Bobylev/TASS via Getty Images

**Modern kitlesel histeri?** Moskova Uluslararası Havalimanı'nda bir güvenlik görevlisinin etrafında toplanan bir grup insan ellerini ve kollarını sallıyor. "Birden oluşan güruh (flahsmob)" adı verilen ve önceden belirlenen yer-zamanda birbirini tanıyan veya tanımayan insanların genelde eğlence amacıyla bir araya gelmesi durumunun giderek daha da yaygın hâle gelmeye başladığı görülüyor; bazı kuramcılar, çok sayıda insanın böylesi bir araya gelişlerinin bir tür kitlesel histeri olduğunu düşünüyor -özellikle de aniden, planlanmamış organizasyonlar veya ani kalabalıklar, toplu hâlde kaotik dans hareketleri ve çeşitli uzuvların hareket ettirilmesi.

başkalarından saklama ihtiyacı hissedebilir. Freud, bazı kadınların cinsel isteklerini farkında olmadan fiziksel belirtilere ve endişelere dönüştürerek gizledikleri sonucuna varmıştır.

Günümüzde psikodinamik kuramcıların çoğu, Freud'un konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarına ilişkin açıklamalarına bazı noktalarda katılmamakla birlikte bu tür bozuklukları olan kişilerin çocukluktan itibaren kaygıyı tetikleyici özellikte bilinçdışı çatışmalar yaşadıkları ve bu kaygıyı "daha kabul edilebilir" olan fiziksel belirtiler şeklinde deneyimledikleri görüşünü paylaşmaktadır (Levenson, 2018).

Psikodinamik kuramcılar, bu bozukluklarda işleyen iki mekanizmanın olduğunu öne sürmektedir: birincil kazanç ve ikincil kazanç. İnsanlar, bedensel belirtileri iç çatışmalarını farkındalık dışında tuttuğunda *birincil kazanç* elde eder. Örneğin bir tartışma sırasında, öfkesini ifade etme konusunda altta yatan korkuları olan bir adam, kolunda bir konversiyon felci geliştirebilir ve böylece öfke duygularının bilinç düzeyine ulaşmasını




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/TheCartoon Bank

*"Hadi bir düş de dizini yarala bakalım. Ancak o zaman bana acıdan bahsedebilirsin."*

engelleyebilir. İnsanlar, bedensel belirtileri sıkıntı veren eylemlerden kaçınmalarını veya başkalarının sempatisini kazanmalarını sağladığında ise *ikincil kazanç* elde ederler. Örneğin bir konversiyon körlüğü bir ilişkinin dağılmasını engellediğinde burada ikincil kazanç mekanizması devreye girmiş olabilir. Benzer şekilde, karısını tekne kazasında kaybeden Brain'in konversiyon felci, kazadan sonra onun cenazesine katılmak ve işe geri dönmek gibi birçok acı verici görevden kaçınmasına yardımcı olmuş gibi görünüyordu.

**Bilişsel-Davranışçı Bakış Açısı** Bilişsel-davranışçı kuramcılar, konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarını açıklarken ödüllere ve iletişim becerilerine vurgu yapar. *Ödüller* bağlamında bu bozukluklarda görülen fiziksel belirtilerin hastalara önemli faydalar sağladığını öne sürerler (bk. **Tablo 8-4**). Belki de bu belirtiler kişilerin zevk almadıkları bir ilişkiden uzaklaşmalarını veya diğer insanların ilgisini çekmelerini sağlamaktadır (Levenson, 2018; Witthörf ve diğ., 2018). Bu tür ödülleri elde edebilmek için hastalar, bedensel belirtilerini gittikçe daha belirgin bir şekilde göstermeyi öğrenirler. Bilişsel-davranışçı kuramcılar ayrıca bir hastalığa aşina olan kişilerin o hastalığın fiziksel belirtilerini daha kolay sergileyebileceğini ileri sürmektedir. Aslında araştırmalar, birçok hastanın bedensel belirtilerinin kendilerinin veya yakın akraba veya arkadaşlarının benzer tıbbi problemler yaşadıktan sonra ortaya çıktığını göstermektedir (Stone ve Sharpe, 2018, 2017).

Ödüllerin rolü üzerindeki bu vurgu açık bir şekilde psikodinamik yaklaşımın dikkat çektiği ikincil kazanç kavramına benzemektedir. Buradaki temel fark, psikodinamik kuramcıların kazançları aslında ikincil olarak görmeleridir -bunlar yalnızca altta yatan çatışmaların bozukluğu ortaya çıkardıktan sonra elde edilen kazançlardır. Bilişsel-davranışçı kuramcılar ise ödülleri bu bozuklukların gelişiminin birincil nedeni olarak görürler.

Psikodinamik kuramın açıklamaları gibi konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarına yönelik bilişsel-davranışçı kuramın ödül açıklaması da az sayıda araştırmanın sonucu ile desteklenmiştir. Vaka çalışmalarının sonuçları bile nadiren bu görüşü desteklemektedir. Çoğu durumda, bu bozuklukların merkezinde yer alan ağrı ve üzüntü, belirtilerin getirdiği ödüllerden daha ağır basıyor gibi görünmektedir.

*İletişim* bağlamında ise bazı bilişsel-davranışçı kuramcılar, konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarının bir tür kendini ifade etme biçimi olduğunu ve böyle bir yöntem dışında göstermekte zorlanacakları duygularını açığa çıkarmaları için insanlara bir araç sağladığını ileri sürmektedir (Levenson, 2018). Psikodinamik kuramcılar gibi bilişsel davranışçı kuramcılar da bu tür bozuklukları olan insanların duygularını fiziksel belirtilere dönüştürdüğü görüşünü savunmaktadır. Bununla birlikte bilişsel-davranışçı kuramcılar tarafından farklı olarak buradaki konversiyonun amacının kaygıyı bastırmak değil, şiddetli düzeyde deneyimlenen duyguları -öfke, korku, depresyon, suçluluk, kıskançlık gibi- tanıdık ve rahat bir "fiziksel dilde" iletmek olduğu düşünülmektedir.

Bu görüşe göre özellikle duygularını tanımakta veya ifade etmekte zorlanan insanlar, konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları geliştirmeye daha yatkınlardır (Erkic ve diğ., 2018). Gerçek bir fiziksel rahatsızlığı deneyimlemiş oldukları için fiziksel belirtilerin dilini "bilenler" için de benzer bir yatkınlık söz konusudur. Çocuklar da duygularını sözlü olarak daha az ifade edebildikleri için özellikle bir iletişim biçimi olarak fiziksel belirtiler geliştirme eğilimindelerdir (Cozzi ve diğ., 2017; Shaw ve diğ., 2010). Diğer açıklamalar gibi bilişsel davranışçı kuramın bu görüşünün de geçerliği geniş kapsamlı olarak test edilmemiş veya herhangi bir araştırma tarafından bu görüş henüz desteklenmemiştir.

**TABLO: 8-4**

## Bedensel Belirtileri İçeren Bozukluklar

| Bozukluklar | Belirtiler istemli olarak kontrol edilebilir mi? | Belirtiler psikolojik etkenlerle ilişkili mi? | Belirgin bir amacı var mı? |
|---|---|---|---|
| Hasta taklidi yapma (temaruz) | Evet | Belki | Evet |
| Yapay bozukluk | Evet | Evet | Hayır* |
| Konversiyon bozukluğu | Hayır | Evet | Belki |
| Bedensel belirti bozuklukları | Hayır | Evet | Belki |
| Hastalık kaygısı bozukluğu | Hayır | Evet | Hayır |
| Psikofizyolojik bozukluk | Hayır | Evet | Hayır |
| Fiziksel hastalık | Hayır | Belki | Hayır |

*Tıbbi yardım almak dışında

**Çok Kültürlü Bakış Açısı** Batılı klinisyenlerin çoğu, kişisel sıkıntıya yanıt olarak bedensel belirtiler ortaya çıkarmanın veya bunlara aşırı derecede odaklanmanın bir soruna işaret ettiğine inanmaktadır. Bu görüşün konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarının DSM-5'e dahil edilmesinde kısmen de olsa bir rolü vardır. Bununla birlikte bazı kuramcılar bu tutumun, bedensel tepkileri duygularla başa çıkmanın bir yolu olarak kullanılmasını *aşağı* gören Batılı bir yanlılığı yansıttığını düşünmektedir (Krupić ve diğ., 2019; Bagayogo, Interian ve Escobar, 2013; Moldavsky, 2004).

Aslında kişisel sıkıntının bedensel şikayetlere dönüştürülmesi Batılı olmayan birçok kültürde bir normdur (Calzada ve diğ., 2017). Bu tür kültürlerde bu tür şikâyetlerin oluşumu, yaşamdaki stres etkenlerine karşı ortaya çıkan, sosyal ve tıbbi açıdan uygun -daha az damgalanan- bir tepki olarak görülmektedir. Araştırmalar; Çin, Japonya ve Arap ülkeleri de dâhil olmak üzere Batılı ülkeler dışındaki dünyanın pek çok ülkesinde tıbbi değerlendirmelerde strese bağlı bedensel belirtilerin çok yüksek oranlarda görüldüğünü ortaya koymuştur (Löwe ve Gerloff, 2018; Matsumoto ve Juang, 2016). Bedensel tepkiler en çok Latin Amerika'daki insanlar arasında yaygındır (Escobar, 2004, 1995). Amerika Birleşik Devletleri içinde de İspanyol asıllı Amerikalılar stres karşısında diğer popülasyonlardan daha sıklıkla bedensel tepkiler göstermektedir (Calzada ve diğ., 2017).

Bu tür farklı kültürlerde yapılmış araştırmaların bulgularından alınacak ders, strese bir yanıt olarak ortaya çıkan bedensel tepkilerin ve psikolojik tepkilerin birbirinden üstün olmadığı, daha ziyade, ve de bir kez daha vurgulamak gerekirse, yaşam olayları karşısında verilen bu her iki tür tepkinin de genellikle kişinin parçası olduğu kültürden etkilendiğidir. Bu noktayı gözden kaçırmak, yanlış etiketlere veya yanlış tanılara yol açabilir.

## Konversiyon ve Bedensel Belirti Bozuklukları Nasıl Tedavi Edilir?

Konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları olan kişiler genellikle psikoterapiye son çare olarak başvurular. Sorunlarının tamamen tıbbi olduğuna inanırlar ve ilk başta aksini iddia eden tüm görüşleri reddederler. Bir hekim onlara belirtilerinin veya endişelerinin psikolojik bir boyutu olduğunu söylediğinde genellikle başka bir hekime giderler. Bununla birlikte, nihayetinde bu bozukluklara sahip birçok hasta, psikoterapiyi, psikotropik ilaç tedavisini veya her ikisinin birlikte uygulandığı bir tedavi almayı kabul eder.

Birçok terapist tedavi sürecinde bu bozuklukların *nedenlerine* (fiziksel belirtilerle bağlantılı travma veya kaygı) odaklanır ve içgörünün arttırılmasına yönelik uygulamaları, maruz bırakma yöntemlerini ve ilaç tedavilerini kullanır. Örneğin psikodinamik terapistler danışanlarının, bedensel belirtilerinin psikolojik nedenleri olduğunun farkına varmalarına ve altta yatan korkularını azaltmalarına yardımcı olmaya çalışırlar, böylece kaygıyı fiziksel belirtilere dönüştürme ihtiyacını ortadan kaldırmayı amaçlarlar (Stone ve Sharpe, 2018; Kaplan, 2016). Alternatif olarak bilişsel-davranışçı terapistler maruz bırakma yöntemlerini kullanır. Danışanlarını fiziksel belirtilerinin ilk kez ortaya çıktığı korkunç olayların bazı özelliklerine maruz bırakırlar, onların tekrarlanan maruz bırakma uygulamaları sırasında gittikçe daha az kaygı hissetmeye başlamalarını ve bu üzücü olaylarla fiziksel belirtiler aracılığıyla değil, doğrudan yüzleşerek baş etmelerini sağlamayı amaçlarlar (Newby ve diğ., 2018; Tsui ve diğ., 2017). Biyolojik tedavilerde ise hastaların kaygısını ve depresyonunu azaltmak amacıyla çoğunlukla antideprasan ilaçlar kullanılır (Levenson, 2018; Kurlansik ve Maffei, 2016).

Diğer bazı terapistler *eğitim, pekiştirme* ve *bilişsel yeniden yapılandırma* gibi teknikleri kullanarak bu bozuklukların nedenlerinden ziyade fiziksel belirtileri ele almaya çalışırlar (Stone ve Sharpe, 2018). *Eğitim* yöntemini kullananlar, bozukluğun doğasını hastalara anlatmanın yanı sıra psikolojik destek de sunar ve fiziksel belirtilerin kısa zaman içinde ortadan kalkmasını amaçlar. *Pekiştirme* yaklaşımını benimseyen terapistler, danışanın "hastalığının" belirtilerinin değil sağlıklı davranışlarının ödüllendirilmesini sağlar. *Bilişsel yeniden yapılandırma* yöntemini uygulayan terapistler ise danışanlarını fiziksel belirtilerin ve bozukluğun doğası ve nedenleri hakkında farklı düşünmeye yönlendirir.


AP Photo/Lefteris Pitarakis

**İrade gücüyle bedensel bir zorluğu yenmek** İnsanların acıya veya diğer fiziksel belirtilere "aldırış etmediği", konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarında görülen durumun tam tersi durumlar da söz konusudur. Burada Londralı bir performans sanatçısı, tavanda asılı durmasını sağlayan keskin kancalar derisine takılı haldeyken seyircilere rahatça gülümsüyor. Onun bu davranışı, köpekbalıklarının canlıyken yüzgeçlerinin kesilip tekrar denize bırakılmalarını protesto etmeye yönelik bir eylemin parçasıydı.

Araştırmacılar, bu yaklaşımların konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları üzerindeki etkilerini tam olarak değerlendirmemişlerdir ancak birkaç çalışma bu tür yöntemlerin etkili olduğunu göstermiştir (Stone ve Sharpe, 2018; 2017; Tsui ve diğ., 2017). Ayrıca antidepresan ilaçların bazen kaygıyı ve depresyonu azaltmanın yanı sıra fiziksel belirtileri de hafifletmeye yardımcı olduğu görülmüştür.

### #TanısalUyuşmazlık

Fiziksel belirtileri gerçekten önemli tıbbi sorunlardan kaynaklanan kişiler bile eğer yaşadıkları sağlık sorunu nedeni ile aşırı derecede endişeli ve üzgün hissediyorlarsa bedensel belirti bozukluğu tanısı alabilirler. Bu konuya dikkat çeken uzmanlar, kanser, kalp hastalığı veya diğer ciddi hastalıkları nedeni ile oldukça normal karşılanabilecek bir üzüntü hisseden çok sayıda hastanın yanlışlıkla bedensel belirti bozukluğu tanısı alabileceğinden endişe duymaktadır (Barsky, 2016).

## ...ÖZETLE

**KONVERSİYON VE BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI** Konversiyon bozukluğu, istemli motor ve duyusal işlevlerde değişikliklere neden olan bedensel belirtileri içerir ancak bu belirtiler bilinen herhangi bir tıbbi hastalıkla açıklanamaz. Bedensel belirti bozukluğunda ise insanlar, yaşadıkları bedensel belirtiler konusunda aşırı derecede sıkıntılı, kaygılı ve endişeli hisseder ve günlük yaşamları bu belirtiler nedeniyle önemli ölçüde kesintiye uğrar.

Konversiyon ve bedensel belirti bozukluklarının altta yatan duygusal çatışmaların fiziksel belirtilere dönüştürülmesini temsil ettiğini öne süren psikodinamik bakış açısı ilk kez Freud tarafından ortaya atılmıştır. Bilişsel-davranışçı kuramcılara göre bu bozuklukların fiziksel belirtileri hastaya bazı ödüller sağlar ve bu tür bir pekiştirme belirtilerin sürdürülmesine neden olur. Bazı bilişsel-davranışçı kuramcılar ise bu bozuklukların bir tür iletişim yöntemi olduğunu ve insanların duygularını fiziksel belirtilerle ifade ettiklerini öne sürmektedir. Bu bozukluklara yönelik tedaviler, içgörünün artırılmasına yönelik uygulamaları, maruz bırakma yöntemlerini ve ilaç tedavilerini içerir. Aynı zamanda bu bozuklukların tedavisine yönelik olarak eğitim, pekiştirme veya bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikler de kullanılabilir.

# Hastalık Kaygısı Bozukluğu

Daha önce *hipokondirazis* olarak bilinen hastalık kaygısı bozukluğu olan kişiler, sağlıkları hakkında sürekli olarak endişelidir ve bedensel belirtiler olmamasına rağmen ağır bir hastalıkları olduğunu veya böyle bir hastalık durumunun çıkma olasılığının yüksek olduğunu düşünürler (bk. **Tablo 8-5**). Herhangi bir hastalık belirtisi olup olmadığını anlamak için sık sık bedenlerini tararlar ve çeşitli bedensel durumları ağır bir hastalığın işareti olarak hatalı şekilde yorumlarlar. Bu bedensel durumlar tipik olarak ara sıra ortaya çıkan bir öksürük, bedendeki bazı yaralar veya terleme gibi normal bedensel değişikliklerdir. Hastalık kaygısı bozukluğu olanlar; arkadaşları, akrabaları ve hekimler ne derse desin bu tür hatalı yorumlarda bulunmaya devam ederler. Bu kişilerden bazıları endişelerinin aşırı olduğunun farkındadır ancak çoğu endişelerinin aşırı olduğunu kabul etmez.

Hastalık kaygısı bozukluğu her yaşta başlamakla birlikte daha çok ilk kez erken yetişkinlikte ortaya çıkmakta ve erkekler ve kadınlar arasında eşit oranda görülmektedir. Tüm insanların yüzde 1 ile 5'inde bu bozukluğa rastlanmaktadır (Weck ve diğ., 2015; Abramowitz ve Braddock, 2011). Bozukluğun belirtileri yıllar içinde dalgalı bir seyir izler, zaman zaman yükselme ve düşme eğilimi gösterir. Hekimler bu tür vakalarla çok sık karşılaştıklarını bildirmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler tarafından kendilerine başvuran tüm hastaların yüzde 5'inde hastalık kaygısı bozukluğu görülebilmektedir (Levenson, 2018; Dimsdale ve diğ., 2011).

Kuramcılar hastalık kaygısı bozukluğunu sıklıkla kaygıyla ilişkili bozukluklara benzer şekilde açıklamaktadır (bk. Bölüm 4). Örneğin bilişsel-davranışçı kuramcılar, (1) hastalık korkularının klasik koşullanma veya modelleme yoluyla edinildiğine ve (2) bozukluğu olan

### #GaripTesadüf?

17 Şubat 1673'te Fransız aktör-oyun yazarı Molière, *Le Malade Imaginaire* (Hipokondriyak) oyunu sırasında sahnede düştü ve öldü.

**TABLO: 8-5**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Hastalık Kaygısı Bozukluğu |
|---|
| 1. Kişi sürekli olarak, ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durur. Gerçekte kişinin bedensel belirtileri yoktur ya da varsa bile ağır değildir. |
| 2. Kişi, kişisel sağlık durumu ile ilgili kolaylıkla yüksek düzeyde kaygıya kapılır. |
| 3. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. bir hastalık işareti için bedenini sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir. (Örneğin bir hekime gitmekten kaçınır.) |
| 4. Kişinin endişeleri en az altı ay devam eder. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

kişilerin bedensel ipuçlarına çok duyarlı olduklarına ve bu ipuçlarını tehdit altında olduklarının bir işareti olarak hatalı yorumladıklarına inanmaktadır (Levenson, 2018; Marshall ve diğ., 2007).

Hastalık kaygısı bozukluğunun tedavisinde genellikle obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde kullanılan yaklaşımlar kullanılmaktadır (bk. sayfa 130-133). Örneğin araştırmalar obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde belirtilerin hafifletilmesinde etkili olan *antidepresan ilaçların,* hastalık kaygısı bozukluğu olan kişilerde de belirtilerin önemli ölçüde iyileşmesine yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımın *maruz bırakma ve tepki önleme* yöntemi de birçok danışan üzerinde etkili olmaktadır. Terapistler, bedensel değişikliklerin normal durumlar olduğu konusunda danışanlarını sürekli olarak bilgilendirmelerinin yanı sıra onların tıbbi yardım arama davranışlarını sürdürmelerini de engellerler. Ayrıca bilişsel-davranışçı terapistler, danışanları ile belirtilerin sürdürülmesinde önemli rolü olan ağır bir hastalıkları olduğu ya da olacağı hakkındaki hatalı inançlarını tanımlama, sorgulama ve değiştirme konusunda uygulamalar yaparlar (Levenson, 2018; Newby ve diğ., 2018).

**hastalık kaygısı bozukluğu** İnsanların, bedensel belirtiler olmamasına rağmen ağır bir hastalıkları olduğunu veya böyle bir hastalık durumunun çıkma olasılığının yüksek olduğunu düşünüp durmasını ve bu konu ile ilgili sürekli olarak endişelenmesini içeren bozukluk.

**psikofizyolojik bozukluklar** Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan veya bu etkileşim nedeni ile gittikçe ağırlaşan bir seyir izleyen fiziksel hastalık. *Diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler* olarak da bilinir.

**ülser** Mide duvarında veya oniki parmak bağırsağında oluşan bir lezyon.

## ÖZETLE

**HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU** Hastalık kaygısı bozukluğu olan kişiler, bedensel belirtiler olmamasına rağmen ağır bir hastalıkları olduğunu veya böyle bir hastalık durumunun çıkma olasılığının yüksek olduğunu düşünüp dururlar ve bu konu ile ilgili sürekli olarak endişelenirler. Kuramcılar, bu bozukluğu kaygı bozukluklarına benzer şekilde açıklamaktadır. Tedavi, temelde obsesif-kompulsif bozuklukta uygulanan ilaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı yaklaşımları içerir.

# Psikofizyolojik Bozukluklar: Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Psikolojik Etkenler

Yaklaşık 90 yıl önce klinisyenler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin *etkileşiminden* kaynaklandığı veya bu etkileşim nedeni ile gittikçe ağırlaşan bir seyir izleyen bir fiziksel hastalık grubu tanımladı (Bott, 1928). DSM'nin ilk versiyonlarında bu hastalıklar **psikofizyolojik** veya **psikosomatik bozukluklar** olarak yer almış ancak DSM-5'te bunlar **diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler** olarak sınıflandırılmıştır (bk. **Tablo 8-6**). Bu bölümde daha çok aşina olunan "psikofizyolojik" terimi kullanılacaktır.

Psikofizyolojik bozukluklarda önemli tıbbi belirtilerin ve durumların rol oynadığını ve bu bozuklukların sıklıkla ciddi düzeyde fiziksel hasara yol açtığını bilmek önemlidir (APA, 2013). Bu bozukluklar, birincil özelliği psikolojik etkenler olan yapay bozukluk, konversiyon bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu gibi bozukluklardan farklıdır.

TABLO: 8-6

**Tanı İçin Kontrol Listesi**

**Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Psikolojik Etkenler**

1. Sağlıkla ilgili bir belirti ya da durum vardır.
2. Psikolojik etkenler sağlık durumunu aşağıdaki yollardan biriyle olumsuz bir biçimde etkiler:
   - Sağlık durumunun gidişini etkiler.
   - Sağlık durumunun tedavisinde güçlüklere neden olur.
   - Sağlık için yeni riskli durumlar oluşturur.
   - Hastalığın belirtilerini tetikler ya da daha da ağırlaşmasına neden olur.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## Klasik Psikofizyolojik Bozukluklar

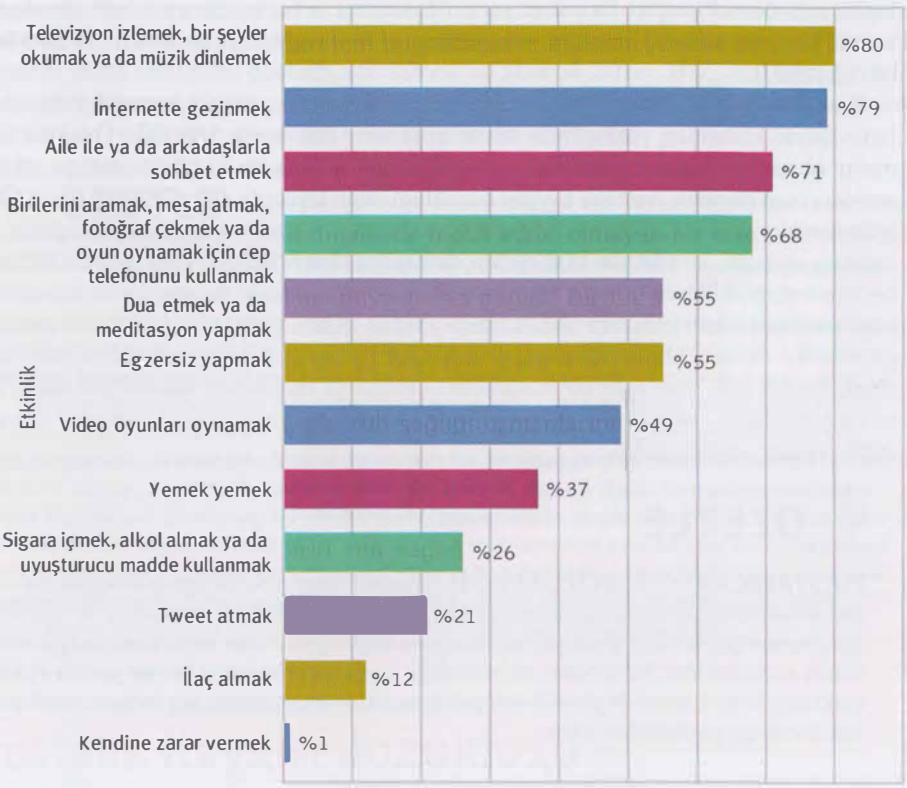
1970'lerden önce klinisyenler yalnızca sınırlı sayıda hastalığın psikofizyolojik olduğuna inanıyorlardı. Bu rahatsızlıkların en iyi bilinen ve en yaygın olanları ülser, astım, uykusuzluk (insomnia), kronik baş ağrıları, yüksek tansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi hastalıklardır. Bununla birlikte son araştırmalar, bakteriyel ve viral enfeksiyonlar da dâhil olmak üzere diğer birçok fiziksel hastalığın da psikososyal ve fiziksel etkenlerin etkileşiminden kaynaklanabileceğini göstermiştir. Gelin önce klasik psikofizyolojik bozukluklara, ardından da bu kategoride daha yeni olan hastalıklara bakalım.

**Ülser**, mide veya oniki parmak bağırsağı duvarında oluşan ve midede yanma hissi veya ağrıya, ara sıra kusmaya ve mide kanamasına neden olan lezyonlardır (deliklerdir). Amerika Birleşik Devletleri'nde 25 milyondan fazla kişi hayatlarının bir döneminde ülser tanısı almaktadır ve bu hastalık her yıl tahminî olarak 6.500 kişinin ölümüne yol açmaktadır (Vakil, 2017, 2015; Pizzorno, Murray ve Joiner-Bey, 2016;

ŞEKİL 8-2

## İnsanlar Stresi Azaltmak İçin Neler Yapar?

Araştırmalara göre çoğumuz internette geziniyoruz, televizyon izliyoruz, bir şeyler okuyoruz veya müzik dinliyoruz. Tweet atmak ise stresi azaltmak için kullanılan bir yöntem olarak yükseliş eğiliminde (Bilgi kaynağı: BLS, 2016; Pew Research Center, 2016, 2011, 2010; Wagstaff, 2015; IWS, 2011; MHA, 2008; NPD Group, 2008).




**Stresli Olduğunda İlgili Etkinliği Gerçekleştiren Kişilerin Yüzdesi**

Simon, 2013). Ülser genellikle çevreden gelen baskılar veya yoğun öfke veya kaygı gibi stres etkenlerinin (bk. **Şekil 8-2**) ve *Helikobakter pilori* bakterisi gibi fizyolojik etkenlerin etkileşiminden kaynaklanır (Lanas ve Chan, 2017).

**Astım**, vücudun hava yollarının (trakea ve bronşlar) periyodik olarak daralmasına neden olarak havanın akciğerlere gitmesini ve akciğerlerden geçişini zorlaştıran bir hastalıktır. Belirtileri arasında nefes darlığı, hırıltılı solunum, öksürük ve korkunç bir boğulma hissi yer almaktadır. 25 milyonu yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde olmak üzere şu anda dünya genelinde yaklaşık 235 milyon insan astım hastasıdır (CDC, 2017; WHO, 2017) ve bu vakaların büyük bir çoğunluğu ilk atağını henüz geçirmiş çocuklar veya gençlerden oluşmaktadır. Tüm vakaların yüzde yetmişinde belirtiler, çevreden gelen baskılar veya kaygı gibi stres etkenlerinin ve belirli maddelere karşı gelişen alerjiler, yavaş etkili sempatik sinir sistemi veya zayıf solunum sistemi gibi fizyolojik etkenlerin etkileşiminden kaynaklanıyor gibi görünmektedir (WHO, 2018; Fanta, 2017).



BSIP/Getty Images

**Uykuyu araştırmak** Klinisyenler uyku bozukluklarını değerlendirmek için özel teknikler kullanır. Bu kadına beyin, göz, akciğer ve kalp aktivitesi ölçümleri de dâhil olmak üzere uyku sırasındaki fizyolojik aktiviteleri ölçen bir *polizomnografik* uyku testi yapılıyor.

Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede zorluk ile belirgin olan **uykusuzluk (insomnia)**, her yıl genel popülasyonun yüzde 30'unu etkilemektedir. Çoğumuz birkaç gece ya da daha uzun süren geçici uykusuzluk nöbetleri yaşarız ancak çok sayıda insan – genel popülasyonun yüzde 10'u- aylar ya da yıllar süren bir uykusuzluk sıkıntısı çekmektedir (bk. ***Bilgi Merkezi***, s. 252). Kronik uykusuzluk sorunu yaşayan hastalar neredeyse sürekli uyanıkmış gibi hisseder. Genellikle gün içinde çok uykulu olurlar ve gündelik işlevlerini yerine getirmekte zorluk çekebilirler. Sorunları, yüksek düzeyde kaygı veya depresyon gibi psikososyal etkenler ile aşırı tepki üreten uyarılma sistemi ve belirli tıbbi hastalıklar gibi fizyolojik problemlerin etkileşiminden kaynaklanabilmektedir (Bonnet ve Arand, 2018, 2017).

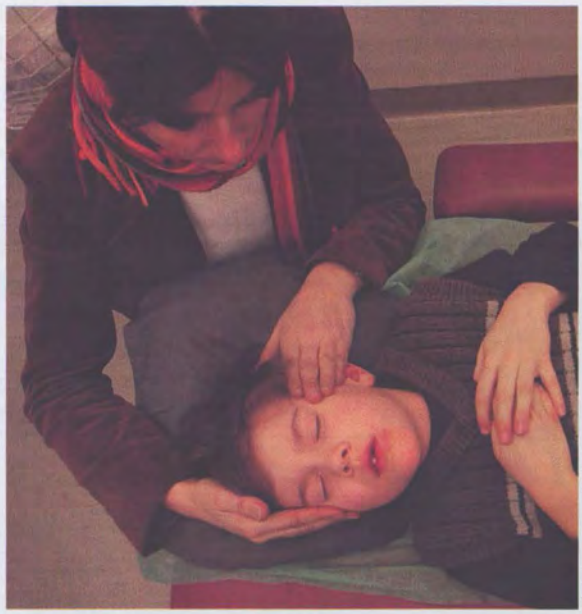
*Kronik baş ağrıları*, başka bir fiziksel bozukluktan kaynaklanmayan, baş veya boyunda sık görülen yoğun ağrılardır. İki ana türü vardır. **Kasların kasılması** veya **kas gerginliğine bağlı baş ağrıları (gerilim tipi baş ağrısı)**, başın arkasında veya önünde veya boynun arkasında ağrı ile belirgindir. Bu tür ağrılar kafatasını çevreleyen kaslar

kan damarlarını daraltarak gerildiğinde meydana gelir. Yaklaşık 45 milyon Amerikalı bu türde baş ağrıları yaşamaktadır (Burch, Rizzoli ve Loder, 2018; CDC, 2015, 2010).

**Migren**, başın bir tarafında oluşan ve bazen baş dönmesi, mide bulantısı veya kusmanın eşlik ettiği, genellikle neredeyse felç edici, aşırı derecede şiddetli baş ağrılarıdır. Migren baş ağrılarının bazı tıp kuramcıları tarafından iki aşamada geliştiği düşünülmektedir: (1) beyindeki kan damarları daralır, böylece kanın beynin bazı kısımlarına akışı azalır ve (2) aynı kan damarları daha sonra genişler, böylece kan bu damarların içinden hızla akar, birçok sinir hücresini uyarır ve ağrıya neden olur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yirmi üç milyon insan migren hastasıdır.

Araştırmalar, kronik baş ağrılarının çevreden gelen baskılar veya genel bir çaresizlik, öfke, kaygı veya depresyon gibi stres etkenlerinin ve serotonin nörotransmiterinin anormal aktivitesi, vasküler problemler veya kas zayıflığı gibi fizyolojik etkenlerin etkileşiminden kaynaklandığını göstermektedir (Cutrer ve Bajwa, 2017; Taylor, 2017).

**Hipertansiyon**, kronik yüksek tansiyon durumudur. Yani kalp tarafından vücudun arterlerine pompalanan kan, arter duvarlarına çok fazla baskı yapar. Hipertansiyonun dışarıdan gözlenebilen birkaç belirtisi vardır. Bu hastalık daha çok tüm kardiyovasküler sistemin işlevlerini olumsuz yönde etkileyerek felç, kalp hastalığı ve böbrek problemleri gibi durumların ortaya çıkma olasılığını büyük ölçüde artırır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 77 milyon insanın hipertansiyonu olduğu, her yıl binlerce kişinin doğrudan bu hastalık nedeni ile öldüğü ve ayrıca bu hastalığın başka hastalıklara neden olarak milyonlarca kişinin ölümüne de yol açtığı tahmin edilmektedir (Basile ve Bloch, 2018; CDC, 2018; 2017, 2011). Bu hastalık tüm vakaların yaklaşık yüzde 10'unda yalnızca fizyolojik anormalliklerden kaynaklanmaktadır, geri kalan vakalarda ise psikolojik ve fizyolojik etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır ve bu durum *esansiyel hipertansiyon (sebebi bilinmeyen)* olarak adlandırılmaktadır. Esansiyel hipertansiyonun önde gelen psikososyal nedenlerinden bazıları sürekli stres, çevresel tehditler ve genel öfke veya depresyon duygularıdır. Fizyolojik etkenler arasında ise obezite, sigara kullanımı, zayıf böbrek fonksiyonu ve kan damarlarında alışılmadık derecede yüksek oranda yapışkan özellikteki *kolajen* proteini bulunması gibi etkenler yer almaktadır (Basile ve Bloch, 2018).



Rob Schoenbaum/Polaris

**Bir baş ağrısından çok daha fazlası** Migren, diğer baş ağrısı türlerinden çok daha fazla şiddette ağrıya ve daha fazla sayıda ve çeşitlilikte belirtiye neden olur. Burada İsveç'in Stockholm kentindeki bir programda bir anne, migren ağrısı çeken küçük oğlunun başına masaj yapıyor. Sistematik şekilde uygulanan masaj, özellikle şiddetli migren atakları sırasında ağrıyı azaltmada kısmen de olsa etkili olmaktadır.

**Koroner kalp hastalığına**, kalbi çevreleyen ve kalp kasına oksijen taşımaktan sorumlu olan *koroner arterlerin* tıkanması neden olur. Bu terim aslında koroner arterlerin tıkanması ve *miyokardiyal infarksiyon* ("kalp krizi") dâhil olmak üzere çeşitli problemlere karşılık gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 16 milyondan fazla insanda şu anda çeşitli türde koroner kalp hastalıkları görülmektedir. Bu hastalıklar hem erkekler hem de kadınlar için başlıca ölüm nedenidir. Her yıl dünya çapında 600.000'i Amerika Birleşik Devletleri'nde olmak üzere 17 milyon insan bu tür hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmekte ve bu sayı dünyadaki tüm ölümlerin yaklaşık üçte birine denk gelmektedir (CDC, 2017; Wilson ve Douglas, 2017). Orta yaş grubundaki erkeklerin yaklaşık yarısı ve orta yaş grubundaki kadınların üçte biri hayatlarının bir döneminde koroner kalp hastalığı geliştirmektedir. Vakaların çoğunda bu hastalık, iş stresi veya yüksek düzeyde öfke veya depresyon gibi psikososyal etkenler ile yüksek kolestrol, obezite, hipertansiyon, sigara kullanımı veya egzersiz yokluğu gibi fizyolojik etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır (Tofler, 2018; Wilson ve Douglas, 2017).

**astım** Trakea ve bronşları daraltarak nefes darlığı, hırıltı, öksürük ve boğulma hissine yol açan bir hastalık.

**insomnia** Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte yaşanan güçlük.

**kasların kasılmasına bağlı baş ağrısı** Kafatasını çevreleyen kasların daralmasından kaynaklanan baş ağrısı. *Gerilim tipi baş ağrısı* olarak da bilinir.

**migren** Başın belli bir tarafında meydana gelen, genellikle öncesinde bir uyarı hissi ve bazen de baş dönmesi, mide bulantısı veya kusmanın eşlik ettiği çok şiddetli bir baş ağrısı.

**hipertansiyon** Kronik yüksek tansiyon durumu.

**koroner kalp hastalığı** Koroner arterlerdeki tıkanıklığın neden olduğu kalp hastalığı.

## Hangi Etkenler Psikofizyolojik Bozukluklara Katkıda Bulunur?

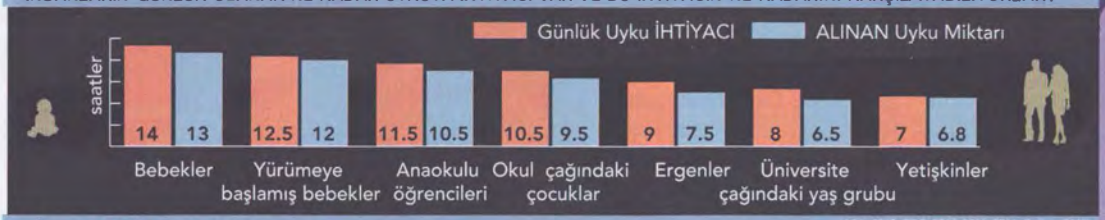
Yıllar içinde klinisyenler, psikofizyolojik bozuklukların gelişimine genel anlamda katkısı olabilecek bir dizi değişken tanımlamışlardır. Bu değişkenler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenler olarak gruplandırılabilir.

**BİYOLOJİK ETKENLER** Bölüm 5'te beynin organları harekete geçirmesinin yollarından birinin, merkezî sinir sistemini organlara bağlayan bir sinir lifleri ağı olan *otonom sinir sisteminin* (OSS) faaliyetleri olduğunu öğrenmiştiniz. Bu sistemin işleyişindeki bozulmaların psikofizyolojik bozuklukların gelişimine katkıda bulunduğuna

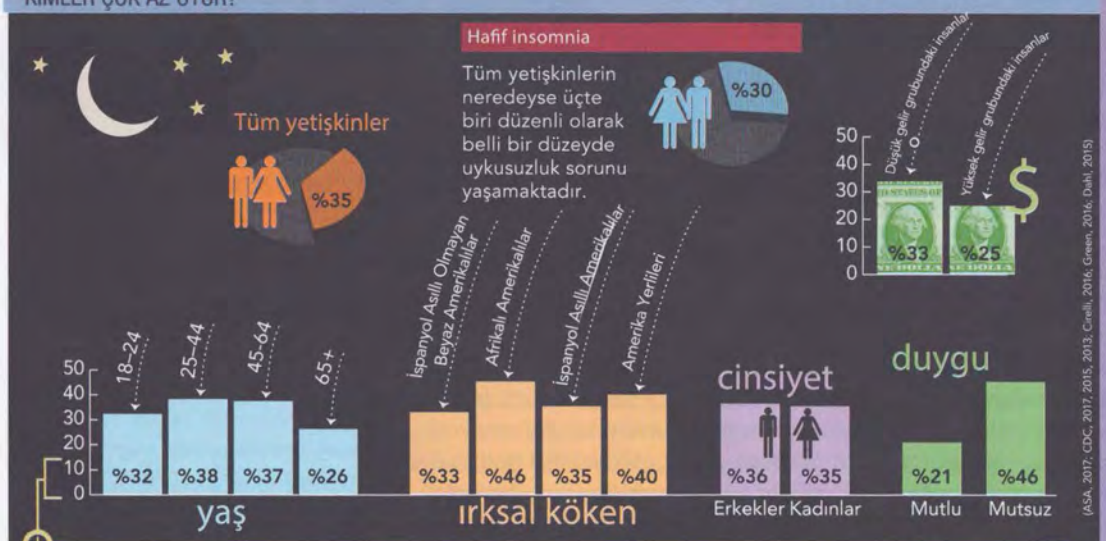
# UYKU VE UYKU BOZUKLUKLARI

Uyku, bilinçli olma durumunun değişmesi, bedenin istemli işlevlerinin askıya alınması, kasların gevşemesi ve çevresel uyaranlara karşı algının azalması ile belirgin doğal şekilde tekrar eden bir durumdur. Araştırmacılar uykunun aşamaları, döngüleri, beyin dalgaları ve mekaniği hakkında birçok bilgi elde etmişlerdir, ancak tam olarak uykunun amacı anlaşılamamıştır. Bununla birlikte, insanların ve diğer hayvanların hayatta kalmak ve bedenin sağlıklı bir şekilde işleyişinin sürdürülebilmesi için uyuması gerektiğini biliyoruz.

## İNSANLARIN GÜNLÜK OLARAK NE KADAR UYKUYA İHTİYACI VAR VE BU İHTİYACIN NE KADARINI KARŞILAYABİLİYORLAR?



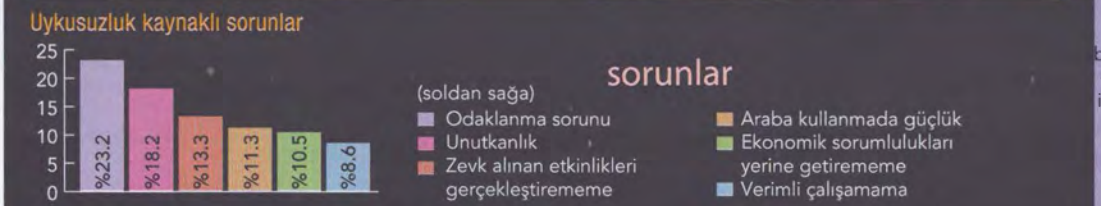

## KİMLER ÇOK AZ UYUR?




(ASA, 2017; CDC, 2017, 2015, 2013; Cirelli, 2016; Green, 2016; Dahl, 2015)




(ASA, 2017; CDC, 2017, 2015, 2013; Cirelli, 2016; Green, 2016; Dahl, 2015)




### İyi bir gece uykusu için bazı ipuçları

- Her gece aynı saatte yatın ve her sabah aynı saatte uyanın.
- Uyku öncesinde aşırı miktarda yemek tüketmekten kaçının.
- Uyku öncesinde kafein veya alkol tüketmeyin.
- Uyku öncesinde sigara içmeyin.
- Uyku öncesinde kitap okuyun ya da rahatlatıcı müzikler dinleyin.
- Uyku öncesi sosyal medyaya bakmaktan kaçının.
- Yatak odasında serin, karanlık ve sessiz bir ortam oluşturun.
- Uykuya dalmakta güçlük çekiyorsanız uykunuz gelene kadar ilginç veya zamanın verimli geçmesini sağlayacak bir aktivite yapın. (CDC, 2017, 2016, NSF, 2017)

## UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUKLARI

Uyku-uyanıklık bozuklukları, bir kişinin uykusunun miktarı, kalitesi, zamanlaması veya doğasında önemli ve tekrarlanan kesintilerle belirgin sendromlardır (APA, 2013).

| | etkilenen insanların yüzdesi |
|---|---|
| **Uykusuzluk bozukluğu:** haftada en az üç gece uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte önemli düzeyde zorlanma | %10 |
| **Aşırı uykululuk bozukluğu:** ekstra uyku ihtiyacı ve aşırı uyku hali | %2 |
| **Narkolepsi:** gündüz saatlerinde tekrarlanan ani ve önlenemez uyku ihtiyacı | %.03 |
| **Uyku apnesi bozukluğu** uyku sırasında beynin düzenli olarak alması gereken oksijenden yoksun kalması nedeniyle her gece sık uyanma | %10 |
| **Sirkadiyen ritim bozukluğu** bir kişininuyku-uyanıklık düzeni ile diğer çoğu insanın uyku-uyanıklık düzeni arasındaki uyumsuzluk | %3 |
| **Parasomniler:** sık sık yaşanan uyurgezerlik dönemleri, gece terörü veya kabuslar içeren bozukluklar | %4 |

(ASA, 2017; Foldvary-Schaefer, 2017; Strohl, 2016; APA, 2013)

inanılmaktadır (Ackland ve diğ., 2016; Lundberg, 2011). Örneğin kişinin OSS'i çok kolay uyarılabilir özellikteyse çoğu insanın hafif düzeyde stresli bulduğu durumlara aşırı tepki verebilir, sonunda bu durum belirli organların zarar görmesine neden olarak psikofizyolojik bozuklukların oluşumuna katkı sağlayabilir. Örneğin gastrointestinal sistemi zayıf olan bir kişi ülser için başlıca aday olabilir, solunum sistemi zayıf olan bir kişi ise kolayca astım geliştirebilir.

Benzer şekilde insanlar psikofizyolojik bozukluk geliştirme riskini artırabilecek bazı biyolojik tepkiler de sergileyebilirler. Bazı bireyler strese tepki olarak terler, bazılarının karnı ağrır ve bazılarının da tansiyonu yükselir. Örneğin araştırmalar bazı insanların özellikle stresli olduklarında kan basıncında geçici artışlar olabileceğini göstermiştir (Yuenyongchaiwat, 2017; Lundberg, 2011). Bu tür insanlar hipertansiyon geliştirmeye eğilimli olabilirler.

**PSİKOLOJİK ETKENLER** Pek çok kuramcıya göre belirli ihtiyaçlar, tutumlar, duygular veya başa çıkma tarzları, insanların stres etkenlerine sürekli olarak aşırı tepki vermelerine ve dolayısıyla psikofizyolojik bozuklukları geliştirme risklerinin artmasına neden olabilir. Örneğin araştırmacılar, *baskılayıcı başa çıkma tarzına* (rahatsızlık, öfke veya saldırganlığı gösterme konusunda isteksiz olma) sahip erkeklerin, stresli olduklarında kan basıncında ve kalp atış hızında özellikle keskin bir artışa sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuşlardır (Howard, Myers ve Hughes, 2017).

Psikofizyolojik bozukluklara katkıda bulunabilecek diğer bir kişilik özelliği, yarım yüzyıl önce iki kardiyolog Meyer Friedman ve Ray Rosenman (1959) tarafından tanımlanan **A Tipi kişilik özeliğidir**. Bu kişilik özelliğine sahip kişiler sürekli olarak kızgın, alaycı, azimli, sabırsız, rekabetçi ve hırslıdır. Friedman ve Rosenman'a göre bu kişiler çevreleri ile sürekli stres yaratacak ve sıklıkla koroner kalp hastalığına yol açacak şekilde etkileşime girmektedir. Aksine **B tipi kişilik özelliğine** sahip kişilerin ise daha rahat, daha az saldırgan ve zamanı yönetme konusunda daha az endişe duydukları ve bu nedenle de kardiyovasküler hastalıklar geliştirme olasılıklarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

A tipi kişilik özelliği ile koroner kalp hastalıkları arasındaki bağlantı birçok çalışma ile desteklenmiştir. 3.000'den fazla kişinin katıldığı ünlü bir araştırmada Friedman ve Rosenman (1974) kırklı ve ellili yaşlarındaki sağlıklı erkekleri A tipi ve B tipi şeklinde gruplara ayırmış ve ardından sonraki sekiz yıl boyunca sağlık durumlarını takip etmiştir. Araştırmanın sonucunda A tipi kişilik özelliği olan erkeklerin iki kat daha fazla koroner kalp hastalığı geliştirdiği görülmüştür. Daha sonraki çalışmalarda A tipi kişilik özelliğine sahip kadınlar için de benzer sonuçlar elde edilmiştir (Haynes ve diğ., 1980).

**Toplumumuzdaki hangi meslekler stresli ve travmatize olabilir? Bazı yaşam biçimleri diğerlerinden daha stresli olabilir mi?**

Yakın dönemde yapılan araştırmalar, A tipi kişilik özelliği ile kalp hastalıkları arasındaki bağlantının önceki çalışmalarda belirtildiği kadar güçlü olmayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte bu çalışmalar A tipi kişilik özelliklerini oluşturduğu varsayılan özelliklerin birçoğunun özellikle de saldırganlık, rekabet ve zaman baskısının, gerçekten de kalp hastalıkları ile güçlü bir şekilde ilişkili olabileceğini göstermektedir (Tofler, 2018; Jennings ve diğ., 2017).

**SOSYOKÜLTÜREL ETKENLER: ÇOK KÜLTÜRLÜ BAKIŞ AÇISI** Sosyal koşulların yetersizliği psikofizyolojik bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu tür yetersiz koşullar, az önce tartışılan biyolojik ve bireysel etkenleri tetikleyen ve bunlarla etkileşim halinde olan sürekli bir stres etkeni ortaya çıkarır. Örneğin toplumdaki en olumsuz sosyal koşullardan biri yoksulluktur. Çok sayıda araştırma, yoksul insanların zengin insanlardan daha fazla psikofizyolojik bozukluk geliştirdiğini, genel olarak sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve sağlık durumlarının daha fazla kötüleşme eğiliminde olduğunu göstermiştir (Robinson-Papp ve diğ., 2017; Singh ve Siahpush, 2014). Bu durumun açık nedenlerinden biri, yoksul insanlar arasında zengin insanlara göre suç ve işsizlik oranlarının daha yüksek olması, yoksul bölgelerde nüfus yoğunluğunun daha fazla olması ve diğer olumsuz stres etkenlerinin genellikle daha fazla görülmesidir. Ayrıca yoksul insanlar tıbbi bakım hizmetlerine ulaşma konusunda genellikle daha fazla güçlük yaşamaktadır.

Irksal özellikler ile psikofizyolojik bozukluklar ve diğer sağlık sorunları arasındaki ilişki karmaşıktır. Diğer yandan az önce aktarılan ekonomik yetersizliklerin etkisi göz önüne alındığında Afrikalı Amerikalıların İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalılara

**A Tipi kişilik özelliği** Saldırganlık, kin, azim, sabırsızlık, rekabet ve hırs ile belirgin bir kişilik örüntüsü.

**B Tipi kişilik özelliği** Bir kişinin daha rahat ve daha az saldırgan olduğu ve daha az zaman baskısı hissettiği bir kişilik örüntüsü.



Walt Disney Pictures/Photofest

**B Tipi deniz kaplumbağası** Çoğu insan, A tipi bir kişiliği gözünde canlandırabilir ancak B tipi bir kişilik söz konusu olduğunda bunu yapmakta güçlük çeker. Aslında bunu görmek için *Kayıp Balık Nemo ve Kayıp Balık Dori* adlı animasyon filmlerinde çok rahat davranışlar sergileyen deniz kaplumbağası Crush'a bakmaları yeterli. Crush her zaman kendini denizin akışına bırakır ve kendi hızında rahatlıkla yüzer.

göre daha fazla sağlık sorunu yaşaması beklenebilecek bir durumdur. Örneğin Afrikalı Amerikalılar arasında yüksek tansiyon, yüksek kolestrol, diyabet ve astım daha yüksek oranlarda görülmektedir (CDC, 2017, 2016, 2014). Ayrıca kalp hastalığı ve felç nedeni ile ölme olasılıkları daha yüksektir. Kuşkusuz, ekonomik etkenler bu ırksal farklılığı açıklamaya yardımcı olabilir. Pek çok Afrikalı Amerikalının yoksulluk içinde yaşıyor olması, bu grupta genellikle daha yüksek suç ve işsizlik oranları görülmesi gibi etkenler sağlık sorunlarına katkıda bulunuyor olabilir (Greer ve diğ., 2014).

Araştırmalar ayrıca Afrikalı Amerikalılar arasında psikofizyolojik bozuklukların ve diğer tıbbi bozuklukların yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir. Örneğin Afrikalı Amerikalıların yüzde 44'ünde hipertansiyon görülürken bu oran İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalılarda yüzde 33'tür.

Bu farklılık kısmen birçok Afrikalı Amerikalının tehlikeli bir çevrede yaşaması ve birçoğunun çalışmak zorunda olduğu işlerin tatmin edici olamaması ile açıklansa da (Marden ve diğ., 2016), burada başka etkenler de söz konusu olabilir (Muntner ve diğ., 2017). Örneğin Afrikalı Amerikalılar arasındaki fizyolojik bir yatkınlık, hipertansiyon geliştirme riskini artırıyor olabilir ya da ırk ayrımcılığına ilişkin tekrarlanan deneyimler, Afrikalı Amerikalıların kan basıncının yükselmesine neden olan bazı özel stres etkenleri ortaya çıkarıyor olabilir (bk. **Şekil 8-3**). Örneğin araştırmalar, Afrikalı Amerikalıların 1 yıllık bir süre zarfında ne kadar fazla ayrımcılığa maruz kalırlarsa kan basınçlarında o kadar fazla yükselme meydana geldiğini ve yaşamları boyunca ne kadar fazla ayrımcılığa maruz kalırlarsa orta yaş döneminde ve yaşlılıkta kan basınçlarının sürekli olarak yüksek seyretmesi olasılığının o kadar fazla olduğunu göstermiştir (Colen ve diğ., 2018; Beatty Moody ve diğ., 2016; Dolezsar ve diğ., 2014).




ŞEKİL 8-3

### Irksal Özellikleri Bakımından Azınlık Grupta Olan Gençler Ne Kadar Ayrımcılığa Maruz Kalıyor?

Bu, sorunun kime sorulduğuna bağlıdır. Ergenler ve genç yetişkinlerle yapılan araştırmalarda Afrikalı Amerikalı katılımcıların İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalı katılımcılara göre Afrikalı Amerikalı gençlerin ayrımcılığın çeşitli biçimlerine maruz kalıyor olduğunu daha fazla kabul etme eğiliminde oldukları görülmüştür (Bilgi kaynağı: Black Youth Project, 2018, 2016, 2011; OA, 2017).

Afrikalı Amerikalıların sağlık durumu göz önüne alındığında İspanyol asıllı Amerikalılar arasında da benzer bir eğilim görülmesi beklenen bir durumdur. Sonuçta İspanyol asıllı Amerikalıların büyük bir yüzdesi de yoksulluk içinde suç ve işsizlik oranlarının yüksek olduğu bir çevrede yaşamakta, ayrımcılığa maruz kalmakta ve yeterli tıbbi bakım alamamaktadır (ABD Nüfus Sayım İdaresi, 2016, 2010; BLS, 2015). Bununla birlikte bu tür dezavantajlara rağmen İspanyol asıllı Amerikalıların sağlığı, ortalama olarak en azından hem İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalılar hem de Afrikalı Amerikalılar kadar iyidir (CDC, 2017, 2016, 2015). Örneğin İspanyol asıllı Amerikalılar arasında daha düşük oranda hipertansiyon ve astım görülmekte ve yaşam süreleri İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalılar ve Afrikalı Amerikalılardan daha uzun olabilmektedir.

Ekonomik anlamda belirgin bir şekilde dezavantajlı olmalarına rağmen İspanyol asıllı Amerikalılarda görülen bu görece olumlu sağlık tablosu klinik alanda "İspanyol Sağlık Paradoksu" olarak adlandırılmaktadır. Genel olarak bu durum araştırmacılar arasında bir kafa karışıklığına neden olmakla birlikte buna yönelik olarak bazı açıklamalar da getirilmiştir (Erwing, 2017; Giuntella, 2016). Örneğin İspanyol asıllı Amerikalıların kültürlerindeki sosyal ilişkilerin, aile desteğinin ve dindarlığın önemi üzerindeki güçlü vurgu, bu bireylerin hastalıklar karşısındaki dayanıklılığını artırıyor olabilir ya da İspanyol asıllı Amerikalılar daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olma olasılıklarını artıran fizyolojik bir yatkınlığa sahip olabilirler.

## Yeni Psikofizyolojik Bozukluklar

Psikofizyolojik bozuklukların biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucunda geliştiği açıktır. Aslında bu tür etkenlerin etkileşimi artık bir istisna değil, bedenin işleyişinde *rolü* olan bir durum olarak kabul edilmektedir (Levenson, 2018). Yıllar geçtikçe, klasik psikofizyolojik bozukluklar arasına giderek daha fazla bozukluk eklenmiş ve araştırmacılar psikososyal stres ile çeşitli fiziksel hastalıklar arasında çok sayıda bağlantı bulmuştur. Gelin şimdi bu bağlantıların nasıl kurulduğuna ve ardından da stresi ve hastalıkları vücudun bağışıklık sistemi ile açıklayan bir çalışma alanı olan *psikonöroimmünoloji* alanına bir bakalım.

**Fiziksel Hastalıklar Stresle İlişkili midir?** 1967'de iki araştırmacı, Thomas Holmes ve Richard Rahe, çoğu insanın hayatlarının bir döneminde yaşadıkları stresi değerlendiren *Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği*'ni geliştirmiştir (bk. **Tablo 8-7**). Çok sayıda katılımcıdan oluşan geniş bir örneklemde gerçekleştirilen çalışmada eşin ölümü 100 *yaşam değişikliği birimi* (*YDB/SUD*) puan alarak katılımcılar tarafından en çok stres yaratan yaşam olayı olarak belirtilmiştir. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en az stres yaratan yaşam olayları arasında emeklilik (45 YDB) ve hafif düzeydeki kanun ihlali dikkati çekmektedir (11 YDB). Bu ölçek, araştırmacıların bir kişinin belirli bir süre boyunca karşılaştığı toplam stres miktarını değerlendirmek üzere bir kriter belirlemelerini sağlamıştır. Örneğin bir yıl içinde bir kadın yeni bir iş kurduysa (39 YDB), oğlu üniversite için evden ayrıldıysa (29 YDB), yeni bir eve taşındıysa (29 YDB) ve yakın bir arkadaşı öldüyse (37 YDB) o yıl için stres puanı 125 YDB olacaktır ki bu da bir yıllık bir süre için önemli düzeyde bir stres miktarına işaret etmektedir.

Bu ölçeği kullanarak Holmes ve Rahe (1989, 1967) yaşam stresi ile hastalıkların başlangıcı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hastaların hastalıkları başlamadan önceki bir yıl boyunca YDB puanlarının sağlıklı insanlara göre çok daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bir kişinin yaşamındaki değişiklikler bir yıl boyunca 300 YDB'nin üzerine çıkmışsa, ciddi bir sağlık sorunu geliştirme olasılığı artmaktadır.

**Neden evlilik, yeni bir eve taşınma ve diğer olumlu özellikteki yaşam olayları da stresi değerlendiren ölçeklere dahil edilmektedir?**

Bu ölçek veya benzer ölçekler kullanılarak yapılan sonraki çalışmalarda da çeşitli türde stresli yaşam olayları ile siper ağız (trench mouth) diş eti hastalığı ve üst solunum yolu enfeksiyonlarından kansere kadar çok çeşitli fiziksel hastalığın ilişkili olduğu saptanmıştır (Jager, 2018; Harkness ve Monroe, 2016; Baum ve diğ., 2011). Genellikle yaşamdaki stres düzeyi arttıkça hastalanma olasılığı da artmaktadır. Araştırmacılar travmatik stres ile ölüm arasında bile bir ilişki bulmuşlardır. Örneğin eşi ölmüş kadınların ve erkeklerin yas süreleri boyunca ölüm risklerinin arttığı görülmüştür (King ve diğ., 2017).



Lionel Hahn/Sipa USA via AP Images

**Nasıl bir beden-zihin ilişkisi?** Psikologlar, psikolojik travmalar ile ani ölüm veya pes etme olarak adlandırılan olgular arasındaki ilişkiyi incelemektedir. 2017'de efsanevi film yıldızı Debbie Reynolds (sağda) kızı aktris Carrie Fisher'ın (solda) ölümünden sadece bir gün sonra öldü. Reynolds'un oğluna göre, "Kelimenin tam anlamıyla, 'Carrie ile birlikte olmak istiyorum' dedi ve gözlerini kapatıp gitti."

TABLO: 8-7

## En Stresli Yaşam Olayları

| Yetişkinler: Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği* | Öğrenciler: Üniversite Öğrencileri İçin Stres Ölçeği+ |
|---|---|
| 1. Eşin ölümü | 1. Ölüm (bir aile üyesi ya da arkadaş) |
| 2. Boşanma | 2. Yoğun sınav dönemi |
| 3. Ayrılık | 3. Final sınavı dönemi |
| 4. Hapis cezası alma | 4. Lisansüstü eğitime başvurma |
| 5. Yakın bir aile üyesinin ölümü | 5. Bir suçun mağduru olma |
| 6. Bireysel yaralanma ya da hastalık | 6. Aynı gün içinde yetiştirilmesi gereken birden fazla ödev |
| 7. Evlilik | 7. Erkek arkadaştan/kız arkadaştan ayrılma |
| 8. İşten kovulma | 8. Kız arkadaş/erkek arkadaş tarafından aldatılma |
| 9. Evlilik uzlaşması | 9. Son teslim tarihi yaklaşan çok sayıda işin olması |
| 10. Emeklilik | 10. Eşyanın çalınması |
| 11. Aile üyelerinden birinin sağlık durumundaki değişiklik | 11. Zor geçecek bir haftanın yaklaşması |
| 12. Hamilelik | 12. Yeterince çalışmadan sınava girmek |

*Ölçek toplam 43 maddeden oluşmaktadır.

(İlgili yayının kullanımı için telif hakkını kendisinde bulunduran Elsevier'dan izin alınmıştır. Kaynak: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 11, Holmes, T. H., & Rahe, R. H., The Social Readjustment Rating Scale, 212-218)

†Ölçek toplam 83 maddeden oluşmaktadır.

(Bilgi kaynağı: Crandall, C. S., Preisler, J. J., & Aussprung, J. (1992). Measuring life event stress in the lives of college students: The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ). Journal of Behavioral Medicine, 15(6), 627-662)

**psikonöroimmünoloji** Stres, bağışıklık sistemi ve hastalık arasındaki bağlantıların incelendiği bir çalışma alanı.

**bağışıklık sistemi** Vücuttaki antijenleri ve kanser hücrelerini tanımlayan ve yok eden hücre ve faaliyet ağı.

**antijen** Bakteri veya virüs gibi vücuda giren yabancı istilacı.

**lenfositler** Lenf sistemi ve kan dolaşımında bulunan, vücudun antijenleri ve kanser hücrelerini tanımlamasına ve yok etmesine yardımcı olan beyaz kan hücreleri.

Holmes ve Rahe'nin geliştirdiği ölçeğin önemli kısıtlılıklarından biri, yalnızca belirli bir popülasyonun belirli yaşam olayları karşısındaki stres tepkilerini dikkate almasıdır. Örneğin araştırmacılar bir ölçüm aracı geliştirirken yürüttükleri çalışmaya ağırlıklı olarak İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalıları dâhil etmiştir. Çalışmanın katılımcıları arasında az sayıda Afrikalı Amerikalı veya İspanyol asıllı Amerikalı yer almıştır. Fakat azınlık grupların üyeleri ve İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalılar arasında yaşam olayları açısından önemli düzeyde farklılıklar söz konusuyken bu gruplar arasında stres tepkileri açısından da farklılıklar olmaması mümkün müdür? Araştırmalar, bu grupların stres tepkileri açısından da farklılaştığını söylemektedir (Oates, 2016). Örneğin güncel bir araştırmada Afrikalı Amerikalı ve İspanyol Amerikalı öğretmenlerin, mesleki stres etkenlerini (örneğin ağır iş yükü ve yönetici baskısı) İspanyol asıllı olmayan beyaz Amerikalı öğretmenlerden çok daha farklı algıladıklarını ve bunlara çok daha farklı tepkiler verdiklerini göstermiştir (Rauscher ve Wilson, 2017).

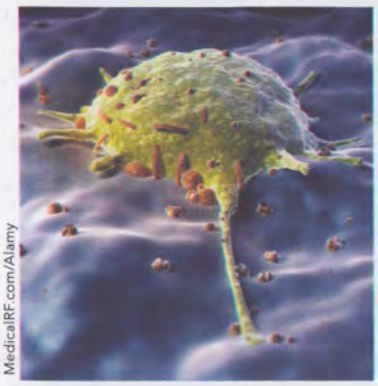
Son olarak üniversite öğrencileri için önemli olan stres etkenleri Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği'nde yer verilen stres etkenlerinden farklı olabilmektedir. Üniversite öğrencileri, evlilikte zorluk yaşamak, işten kovulmak veya iş başvurusu yapmak gibi durumlar yerine daha ziyade oda arkadaşıyla sorun yaşamak, bir dersten kalmak veya lisansüstü eğitime başvurmak gibi durumlar söz konusu olduğunda zorluk yaşayabilir. Araştırmacılar üniversite öğrencileri için özellikle stresli olabilecek yaşam olaylarını içerecek şekilde geliştirilmiş ölçekleri kullanarak yaptıkları araştırmalarda beklendiği gibi bu popülasyonda da stresli yaşam olayları ile fiziksel hastalıkların ilişkili olduğunu saptamışlardır (Kaya ve diğ., 2017; Amirkhan ve diğ., 2015) (tekrar bk. **Tablo 8-7**).

**Psikonöroimmünoloji** Stresli olaylar viral veya bakteriyel bir enfeksiyona nasıl yol açar? Psikonöroimmünoloji adı verilen bir alanda çalışmalar gerçekleştiren araştırmacılar psikososyal stres, bağışıklık sistemi ve sağlık arasındaki bağlantıları inceleyerek bu soruyu yanıtlamaya çalışmaktadır. Bağışıklık sistemi vücudun bakteriler, virüsler, mantarlar ve parazitler gibi antijenleri yani yabancı istilacıları ve kanser hücrelerini tanıyabilen ve onlarla savaşan faaliyetler ve hücreler ağıdır. Lenfosit adı verilen ve lenf sistemi ve kan dolaşımında bulunan milyarlarca beyaz kan hücresi, bu sistemdeki en önemli hücreler arasında yer almaktadır. Antijenler vücuda girdiğinde lenfositler uyarılır ve bu yabancı istilacılarla savaşmak için harekete geçer.

*Yardımcı T hücreleri* olarak adlandırılan bir grup lenfosit, antijenleri tanır ve daha sonra çoğalarak diğer bağışıklık hücrelerinin salınımını tetikler. Başka bir grup, *doğal öldürücü T hücreleri*, virüsler tarafından hâlihazırda enfekte olmuş vücut hücrelerini arar ve onları yok eder. Böylece viral bir enfeksiyonun vücutta daha fazla yayılmasını engellemeye yardımcı olur. Üçüncü bir lenfosit grubu olan *B hücreleri*, antijenleri tanıyan ve onlara bağlanan protein moleküllerini yani *antikorları* üretir, antijenleri işaretleyerek yok eder ve enfeksiyona neden olmalarını önler (Leam ve Deane, 2019).

Araştırmacılar stresin lenfositlerin ve bağışıklık sisteminin diğer bölümlerinin aktivitesini etkileyebileceğini, buradaki işleyişi yavaşlatacağını ve böylelikle bir kişinin viral ve bakteriyel enfeksiyonlara duyarlılığını artırabileceğini düşünmektedir (Levenson, 2018; Peters ve diğ., 2017). Araştırmacı Roger Bartrop ve arkadaşları (1977); Avustralya, New South Wales'de eşi hayatta olan 26 kişiden oluşan kontrol grubu ile 8 hafta önce eşini kaybetmiş 26 kişinin bağışıklık sistemi özelliklerini karşılaştırdıkları dönüm noktası niteliğinde bir çalışma gerçekleştirmiştir. Kan örnekleri, eşini kaybetmiş olan katılımcıların lenfosit işlevlerinin kontrol grubundaki katılımcılara göre çok daha düşük olduğunu göstermiştir. Başka çalışmalarda da uzun süreli strese maruz kalan insanlarda bağışıklık sisteminin zayıfladığına dair sonuçlar elde edilmiştir (Gao ve diğ., 2018). Örneğin araştırmacılar Alzheimer hastalığı olan yakınlarının sürekli bakımından sorumlu olan kişilerin de daha zayıf bir bağışıklık sistemi olduğunu saptamıştır (Allen ve diğ., 2017).

Bu çalışmalar bize dikkate değer bir hikâye anlatıyor gibi görünüyor. Sağlıklı insanlar alışılmadık düzeyde stres yaşadıkları dönemlerde dışarıdan bakınca sağlıklı görünüyorlardı ancak görünüşe göre karşılaştıkları stres etkenleri bağışıklık sistemlerini yavaşlatmıştı ve bu da onları hastalıklara daha yatkın hâle getirmişti. Stres, hastalıklarla savaşma kapasitesini etkiliyorsa araştırmacıların yaşam stresi ile çeşitli türden hastalıklar arasında defalarca bir ilişki bulmasına şaşmamalı. Peki, stres bağışıklık sistemini neden ve ne zaman etkiler? *Biyokimyasal aktivite, davranış değişiklikleri, kişilik özellikleri* ve *sosyal desteğin düzeyi* gibi stresin bağışıklık sisteminin yavaşlamasına neden olup olmayacağını belirleyen pek çok etken vardır.



MedicalRF.com/Alamy

**İlk savunma hattı** Lenfositler istilacı antijenlerle nasıl karşılaşır? Lenfositler ilk olarak bağışıklık sistemindeki bir antijeni tanıyan, onu yutan, parçalayan ve parçalanmış bölümlerini lenfositlere ulaştıran büyük beyaz kan hücreleri olan *makrofajlar* tarafından uyarılır. Bu noktada bir makrofaj, şüpheli antijenleri tespit etmek ve yakalamak için uzun "kollarını" (yalancı ayaklarını) onlara doğru uzatır.

**BİYOKİMYASAL AKTİVİTE** Bölüm 5'ten de hatırlayacağınız gibi stres etkenlerinin beyin ve beden boyunca uyarılmaya neden olduğu iki biyolojik stres yolu bulunmaktadır (bk. s. 141-142). Bu stres yollarından biri, birçok işlevi arasında *norepinefrin* nörotransmiterinin salınımını tetiklemek de olan *sempatik sinir sistemidir*. Uyarılmadaki bu rolünün yanında norepinefrinin uzun süreli salınımının bağışıklık sistemini olumsuz etkileyebileceği de ortaya çıkmıştır. Araştırmalar stres çok uzun bir süre devam ettiğinde norepinefrinin bir süre sonra belirli lenfositler üzerindeki reseptörlere giderek aktivitelerini durdurmak için onlara *baskılayıcı bir mesaj* verdiğini ve bu şekilde bağışıklık sistemini yavaşlattığını göstermektedir (Buscek ve diğ., 2018; Takenaka ve diğ., 2016).

Diğer biyolojik stres yolunun, çeşitli işlevleri arasında kortizol ve diğer stres hormonlarının salınımını tetiklemek de olan *hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA)* yol olduğunu hatırlayın. Görünüşe göre bedensel uyarılmayı sağlamasının yanında kortizolün ve diğer stres hormonlarının uzun süre salınımını bağışıklık sisteminin zayıflamasına katkıda bulunabiliyor. Stres çok uzun süre devam ederse norepinefrinin etkisine benzer olarak stres hormonları da belirli lenfositlerde bulunan reseptör bölgelerine giderek baskılayıcı bir mesaj verir ve böylelikle lenfositlerin aktivitesinde bir yavaşlamaya neden olur (Ciliberti ve diğ., 2017; Huo ve diğ., 2017).

Ayrıca araştırmalar norepinefrin ve çeşitli stres hormonlarının bir başka etkisinin, reseptörlere bağlanan proteinler olan *sitokinlerin* vücuttaki miktarını arttırmak olduğunu göstermiştir. Orta düzeyde bir stres söz konusu olduğunda sitokinler, bağışıklık sistemindeki bir diğer önemli aktör olarak ortaya çıkar ve enfeksiyonla mücadeleye yardımcı olur. Ancak stres uzun süre devam ettikçe ve daha fazla norepinefrin ve stres hormonu salgılandıkça sitokinlerin de vücuttaki miktarı artar ve hızla vücudun her yerine yayılırlar, bu durum da *kronik iltihaplanmaya* yol açarak zaman zaman kalp hastalıkları, felç ve diğer hastalıklara katkıda bulunur (Huo ve diğ., 2017).

**DAVRANIŞSAL DEĞİŞİKLİKLER** Stres, bağışıklık sistemini dolaylı olarak etkileyen bir dizi davranış değişikliğine neden olabilir. Örneğin bazı insanlar stresli bir durumdayken kaygılı ve depresif hale gelebilir hatta belki bir kaygı bozukluğu veya depresif bozukluk geliştirebilir. Bunun sonucunda uyku sorunları yaşayabilir, düzensiz beslenebilir, daha az egzersiz yapabilirler veya bağışıklık sistemini yavaşlattığı bilinen sigara içmek ya da alkol almak gibi davranışları daha fazla sergilemeye başlayabilirler (Levenson, 2018).

**KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ** Araştırmalara göre hayata genel olarak iyimserlik, yapıcı başa çıkma tarzı ve psikolojik dayanıklılıkla karşılık veren yani zorlukları sakin bir şekilde karşılayan ve karşı karşıya kaldığı zorluklarda kontrolü ele almaya istekli kişilerin bağışıklık sistemi de daha iyi işlemekte ve hastalıklarla savaşmaya daha güçlü bir şekilde hazır olmaktadır (Pandey ve Shrivastava, 2017). Örneğin bazı araştırmalar,



Win McNamee/Getty Images

**Dinî koruma?** 2015 yılındaki bir dua ayinine ait bu ünlü fotoğrafta kilise cemaati üyeleri iki gün önce Güney Carolina, Charleston'daki Emanuel Afrika Metodist Piskoposluk Kilisesi'nde vurularak öldürülen 9 cemaat üyesinin fotoğraflarını ellerinde tutuyor. Kurbanların akrabalarından bazıları duadan sonra onların katiline seslenerek onu affettiklerini ve onun için de dua ettiklerini söylemiştir. Araştırmalar, güçlü kurumsal, dinî ve sosyal bağları olan kişilerin travmatik olayların etkileri ile genellikle daha kolay ve daha sağlıklı bir şekilde başa çıktığını göstermektedir.

## #EvlilikStresi

Evlilik sürecinde ve evlendikten sonraki dönemde çiftler arasında çıkan tartışmalarda, kadınlar tipik olarak erkeklerden daha fazla stres hormonu salgılar ve bununla bağlantılı olarak da daha zayıf bir bağışıklık sistemleri vardır (Martire ve diğ., 2018; Jaremka ve diğ., 2013; Gouin ve diğ., 2009; Kiecolt-Glaser ve diğ., 1996).



Helen H. Richardson/The Denver Post via Getty Images

**Desteğin gücü** Her yıl dünyanın her yerinde kanseri yenen milyonlarca kişi Susan G. Komen "İyilik Peşinde Koş" isimli 5 kilometrelik koşu etkinliğinde buluşuyor. Neredeyse 30 yıl önce başlayan bu etkinlik, yalnızca kanser konusunda farkındalık yaratmakla kalmıyor, aynı zamanda, sosyal desteğin çeşitli hastalıklarda iyileşmeyi kolaylaştırmaya yardımcı olabileceğini gösteren araştırma sonuçları ile de tutarlı şekilde, hayatta kalanların birbirlerini desteklemelerine ve cesaret vermelerine de yardımcı oluyor.

"dayanıklı" veya güçlükleri yenme konusunda dirençli olma gibi kişisel özelliklere sahip kişilerin stresli olaylardan sonra sağlıklı kaldığını, kişilik özellikleri açısından daha az dayanıklı olanların ise bir hastalık geliştirmeye daha duyarlı olduğunu göstermiştir (Rolin ve diğ., 2018). Araştırmacılar, genel olarak bir umutsuzluk hissine sahip erkeklerde kalp hastalıkları ve diğer ciddi hastalıklar nedeni ile gerçekleşen ölümlerin ortalamanın üzerinde olduğunu saptamıştır (Orwelius ve diğ., 2017; Kangelaris ve diğ., 2010). Benzer şekilde, gittikçe artan sayıda araştırmada, dini inançları güçlü olan insanların bu tür inançlara bağlılık göstermeyen insanlara göre daha sağlıklı olma eğiliminde olduğu ve ayrıca bu çalışmalardan bazılarında maneviyat ve daha iyi işleyen bir bağışıklık sisteminin ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Brooks ve diğ., 2018; Roth ve diğ., 2016).

Söz konusu çalışmalarda araştırmacılar, belirli kişilik özellikleri ile bir kişinin kanserle etkili bir şekilde baş edebilme becerileri arasında bir ilişki bulmuşlardır. Örneğin kanserin belirli türlerine sahip hastalardan çaresiz bir yaklaşımla başa çıkmaya çalışan ve duygularını, özellikle de öfkesini kolayca ifade edemeyen hastaların, bu tür duygularını ifade edebilen hastalara göre hastalıkları süresince yaşam kalitelerinin daha olumsuz şekilde etkilendiği bulunmuştur (You ve diğ., 2018; Kim, Nho ve Nam, 2017). Hatta bazı araştırmacılar, kişilik ve kanserin *sonucu* arasında bir ilişki olduğunu öne sürmektedir, ancak bu iddia araştırmalarla henüz açıkça desteklenmemiştir (Pillay ve diğ., 2014; Urcuyo ve diğ., 2005).

**SOSYAL DESTEK** Son olarak kendilerini yalnız hissetmeyen insanlara göre sosyal desteği az olan ve kendini yalnız hisseden insanların bağışıklık sitemleri stres karşısında daha zayıf olma eğilimindedir (Russo, 2018; Pandey ve Shrisvastava, 2017). Bu alanda öncü bir çalışmada tıp öğrencilerine *UCLA Yalnızlık Ölçeği* uygulanmış ve verdikleri cevaplara göre "yüksek" ve "düşük" yalnızlık olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır (Kiecolt-Glaser ve diğ., 1984). Sonrasında yapılan testlerde yüksek yalnızlık grubunun lenfosit düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Sonraki dönemde yapılan diğer araştırmalarda da sosyal desteğin ve sosyal ilişkilerin insanları strese, bağışıklık sistemi işlevlerinin zayıflamasına ve gelişebilecek hastalıklara karşı korumaya yardımcı olabileceğini veya hastalık sürecinde veya ameliyat sonrasında iyileşmeyi hızlandırmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir (Levenson, 2018; Hicks, 2014). Benzer şekilde bazı araştırmalarda, kanserin belirli türlerine sahip hastalardan kişisel yaşamlarında sosyal destek alabilen veya terapi ile desteklenen hastaların, bu tür desteklere sahip olmayan hastalara göre genellikle daha güçlü bir bağışıklık sistemine sahip oldukları ve iyileşme süreçlerinin daha başarılı şekilde ilerlediği görülmüştür (Imm ve diğ., 2017; Hulett ve diğ., 2015).

## #ÖzlüSözler

" Kafamın hasta olmasındansa bedenimin hasta olmasını tercih ederim."

Sylvia Plath, *The Bell Jar*

## ... ÖZETLE

**PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR** Yaygın olarak diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler olarak bilinen psikofizyolojik bozukluklar; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan veya bu etkileşim nedeni ile gittikçe ağırlaşan bir seyir izleyen fiziksel hastalıklardır. Bu bozukluklarla ilişkili etkenler arasında otonom sinir sistemindeki veya belirli organlardaki sorunlar gibi biyolojik etkenler, belirli ihtiyaçlar, tutumlar veya kişilik özellikleri gibi psikolojik etkenler ve yetersiz sosyal koşullar ve kültürel baskılar gibi sosyokültürel etkenler yer almaktadır.

Yıllar içinde klinik araştırmacılar, psikolojik etkenlerin katkı sağladığı fiziksel hastalıklar olarak yalnızca ülser ve hipertansiyon gibi sınırlı sayıda fiziksel hastalık belirlemiştir. Son yıllarda ise daha fazla sayıda psikofizyolojik bozukluk tanımlanmıştır. Aslında bilim insanları birçok fiziksel hastalığı stresle ilişkilendirmiş ve psikonöroimmünoloji adı verilen yeni bir çalışma alanı geliştirmişlerdir. Stres, lenfosit aktivitesini yavaşlatarak bağışıklık sisteminin vücudu hastalıklara karşı koruma kapasitesini zayıflatmaktadır. Bağışıklık sisteminin işleyişini etkileyen etkenler arasında norepinefrin ve kortizol aktivitesi, davranış değişiklikleri, kişilik özellikleri ve sosyal destek düzeyi gibi etkenler yer almaktadır.

# Fiziksel Hastalıklarda Psikolojik Tedaviler

Klinisyenler stres ve ilgili psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin fiziksel hastalıklara katkıda bulunabileceğini keşfettikçe psikolojik tedavileri giderek daha fazla tıbbi sorun için uygulamaya başlamıştır. Bu müdahalelerden en yaygın olanları gevşeme eğitimi, biyolojik geri bildirim (biofeedback) tedavisi, meditasyon, hipnoz, bilişsel müdahaleler, destek grupları ve duygu farkındalığını ve ifadesini artırmaya yönelik uygulamaları içeren terapi yaklaşımlarıdır. Tıbbi sorunları tedavi etmek veya önlemek için psikolojik ve fizyolojik yaklaşımları birleştiren bu tedavi alanı **davranışsal tıp** olarak bilinir.

**davranışsal tıp** Tıbbi sorunları tedavi etmek veya önlemek için psikolojik ve fizyolojik yaklaşımları birleştiren bir tedavi alanı.

**gevşeme eğitimi** Danışanlara stresli durumlarda kendilerini sakinleştirebilmeleri için kaslarını istedikleri gibi gevşetebilmeyi öğreten bir tedavi yöntemi.

**biyolojik geribildirim** Danışana, vücudunda meydana gelen fiziksel tepkiler hakkında bilgi verilen ve bu tepkileri kontrol etmeyi öğrendikleri bir teknik.

## Gevşeme Eğitimi

Bölüm 4'te de gördüğünüz gibi terapistler bazen danışanlarına kaslarını istedikleri zaman gevşetebilmeyi öğretir. Bu tür bir **gevşeme eğitiminin** rasyoneli, fiziksel rahatlamanın psikolojik bir rahatlama durumuna yol açacağı şeklindedir. Gevşeme eğitimi türlerinden birinde, terapistler danışanlarına vücuttaki belirli kas gruplarını tanıtır; onları germeyi, gevşetmeyi ve en nihayetinde vücudu bütünüyle gevşetmeyi öğretir. Danışanlar sürekli pratik yaparak zaman içinde derin bir gevşeme durumuna ulaşabilirler. Klinisyenler gevşeme eğitiminin fobilerin ve diğer kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili olmasından hareketle bu eğitimin aynı zamanda stresle ilişkili fiziksel hastalıkları önlemeye veya tedavi etmeye de yardımcı olabileceğini düşünmektedir.

**Günümüzde bir dizi tıbbi sorun için çeşitli psikolojik müdahalelerin hekimler tarafından önerilmesine karşın, birçok hasta bu tür bir tedaviyi alma konusunda direnç göstermektedir. Sizce bunun nedeni ne olabilir?**

Gevşeme eğitimi, hipertansiyon tedavisinde genellikle de ilaçla birlikte yaygın olarak kullanılmaktadır (Aalami ve diğ., 2016). Ayrıca bedensel belirti bozukluğu, çeşitli türde baş ağrıları, uykusuzluk, astım, diyabet, ağrı, bazı vasküler hastalıklar gibi sorunlar ile belirli kanser tedavilerinin istenmeyen etkilerinin tedavisinde de etkili olduğu bildirilmektedir (Martin, 2018; Simkin ve Klein, 2018; Ernst, 2017).

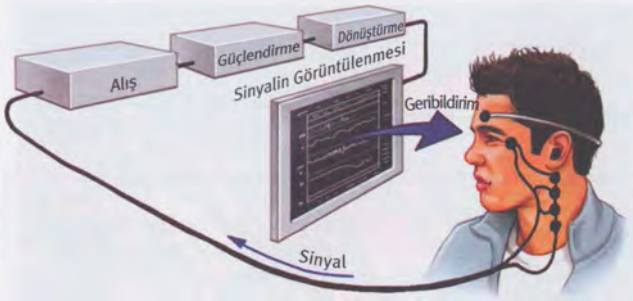
## Biyolojik Geri Bildirim

**Biyolojik geri bildirim** tedavisinde terapistler, kalp atış hızı veya kas gerginliği gibi fizyolojik süreçleri kontrol edebilme becerisi kazandırmaya yönelik olarak insanları eğitmek için vücuttan gelen elektriksel sinyalleri kullanır. Danışanlar, vücutlarında meydana gelen elektriksel aktiviteler hakkında onlara sürekli bilgi veren bir



AP Photo/Itsuo Inouye

**Rahatlatıcı ve lezzetli!** Stresi azaltmaya yönelik yeni programlar, teknikler ve ürünler sürekli olarak piyasaya sürülüyor. Örneğin bu üç kişi, Japonya'daki Hakone Yunessun kaplıca merkezinde bir çikolata kaplıcasında gevşeyip rahatlayabiliyor.




ŞEKİL 8-4

### Biyolojik geri bildirim iş başında

Biyolojik geribildirim sistemi, şiddetli baş ağrısı olan kişinin alın kaslarındaki gerginliği kaydeder. Sistem bu gerginlikle ilgili bilgileri alır, güçlendirir, dönüştürür ve görüntüsünü monitöre aktarır, danışanın bunu "gözlemlemesini" ve gerginlik tepkilerini azaltmayı denemesini sağlar.

monitöre bağlanır. Bu monitörden gelen sinyalleri takip ederek görünüşte istemsiz görünen fizyolojik süreçleri bile yavaş yavaş kontrol etmeyi öğrenebilirler.

En yaygın olarak uygulanan biyolojik geribildirim yönteminde, vücuttaki kas gerginliğinin düzeyi hakkında geri bildirim sağlayan *elektromiyografi (EMG)* adı verilen bir cihaz kullanılır. Elektrotlar, danışanın kaslarına -genellikle alın bölgesindeki kaslara- bağlanır ve bu kasların gerginliği sonucunda meydana gelen çok küçük elektriksel aktiviteyi tespit eder (bk. **Şekil 8-4**). Cihaz daha sonra kaslardan gelen elektrik enerjisini veya *potansiyelleri*, monitörde çizgiler şeklinde bir görüntüye veya kas gerginliğindeki değişikliklere paralel olarak tonu değişen bir sese dönüştürür. Böylece danışanlar kaslarındaki gerginliğin miktarında bir değişim meydana geldiğinde bunu "görür" veya "duyar". Tekrarlı bir şekilde deneme yanılma yoluyla bireyler istemli olarak kas gerginliğini azaltma konusunda bir beceri kazanırlar.

Klasik bir çalışmada, çene kaslarındaki gerginlik nedeniyle yüzlerinin bu bölümünde ağrı olan 16 hastayı tedavi etmek için EMG geri bildirimi kullanılmıştır (Dohrmann ve Laskin, 1978). Ses tonunun perdesindeki ve hacmindeki değişiklikler, kas gerginliğindeki değişiklikleri göstermektedir. Bu 16 hasta, EMG geri bildirimlerini tekrar tekrar "dinledikten" sonra istedikleri zaman çene kaslarını nasıl gevşeteceklerini öğrenmiş ve sonraki süreçte yüzlerindeki ağrıda bir azalma olduğunu bildirmiştir.

EMG geri bildirimi, felç veya kazalardan kaynaklanan baş ağrısı ve kas işlevlerindeki bozulmaların tedavisinde de başarıyla kullanılmaktadır. Bunun yanında biyolojik geribildirim eğitiminin diğer türleri de kalp ritim bozuklukları, astım, hipertansiyon, kekemelik ve ağrının tedavisinde etkili olmaktadır (Ganza ve Schwedt, 2018; Tofler, 2018).

## Meditasyon

Meditasyon eski zamanlardan beri uygulanan bir yöntem olmasına rağmen Batılı sağlık uzmanları bu yöntemin fiziksel stresi azaltmadaki etkinliğinin henüz yeni farkına varmışlardır. *Meditasyon*; kişinin odağını kendi içine döndürmeyi, biraz daha farklı bir farkında olma durumuna ulaşmayı ve tüm stres etkenlerini geçici olarak görmezden gelmeyi içeren bir yöntemdir. Meditasyon yapan kişiler genellikle sessiz bir yere giderler, rahat bir duruş belirlerler, dikkatlerini odaklamaya yardımcı olması için belirli bir sesi (bu ses *mantra* olarak adlandırılır) çıkarır veya böyle bir sesi düşünürler ve zihinlerinin tüm düşünce ve endişelerden uzaklaşmasına izin verirler. Düzenli olarak meditasyon yapan birçok kişi bu yöntem sayesinde daha huzurlu, daha ilgili ve yaratıcı hissettiklerini bildirmektedir. Meditasyon; ağrıyı yönetmeye yardımcı olmak ve hipertansiyon, kalp hastalıkları, astım, cilt sorunları, diyabet, uykusuzluk ve hatta viral enfeksiyonlar gibi hastalıkları tedavi etmek için de kullanılmaktadır (Bonnet ve Arand, 2018; Park ve Han, 2017; Tofler, 2017).

Özellikle şiddetli ağrıları olan hastalar tarafından kullanılan meditasyon yöntemi, *bilinçli farkındalık meditasyonudur* (Gu, Hou ve Fang, 2018; Anheyer ve diğ., 2017). Bölüm 2 ve 4'te de gördüğünüz gibi bu meditasyon yönteminde, meditasyon yapan kişiler dikkatlerini meditasyon sırasında zihinlerinden akan duygulara, düşüncelere ve duyumlara yöneltirler ve bunu objektif ve tarafsız bir şekilde en önemlisi de duygularını, düşüncelerini ve duyumlarını yargılamadan yaparlar. Bu şekilde ağrı duyguları da dâhil olmak üzere duygu ve düşüncelerine onları yargılamadan sadece dikkatlerini yönelterek onları etiketlemeye, onlara takılıp kalmaya veya onlara karşı olumsuz bir tepki vermeye daha az eğilimli olurlar.

## Hipnoz

Bölüm 1'de de gördüğünüz gibi *hipnoz* sırasında insanlar bir uzman tarafından alışılmadık şekillerde hareket etmeye, alışılmadık duyumlar hissetmeye, görünürde unuttukları olayları hatırlamaya veya hatırladıkları olayları unutmalarını sağlayabilecek, uykuya benzer, telkin edilebilir bir duruma yönlendirilir. Bazı insanlara bu konuda eğitim verildiğinde kendi başlarına bile bir hipnotik durum *(kendi kendine*

#

### #EğlenceliÇare

Bir araştırmada komik bir videoyu izledikten sonra videoya gülen katılımcıların stres düzeylerinde azalma olduğu ve doğal öldürücü hücre aktivitesinde düzelmeler meydana geldiği görülmüştür (Radcliff, 2017; Bennett, 1998).

*hipnoz)* oluşturabilirler. Günümüzde hipnoz artık psikoterapide yardımcı bir yöntem olarak ve birçok fiziksel hastalığı tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır.

Hipnoz, özellikle ağrının kontrol edilmesinde etkili olan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Simkin ve Klein, 2018; Strada ve Portenoy, 2018). Çığır açan bir vaka çalışmasında, hipnoz altında diş ameliyatı geçiren bir hastaya uygulanan işlem şu şekilde aktarılmıştır: Hipnotik durum başlatıldıktan sonra diş hekimi hastaya hoş ve rahat bir ortamda bir arkadaşının benzer şekilde hipnoz altında başarılı bir diş ameliyatı geçirdiği ile ilgili deneyimini dinliyor olduğu yönünde telkinde bulunmuştur. Daha sonra diş hekimi tarafından 25 dakika süren başarılı bir ameliyat gerçekleştirilmiştir (Gheorghiu ve Orleanu, 1982). Yalnızca bazı insanlar tek başına hipnozla anestezi uygulanarak ameliyat edilmeye uygun olsa da birçok hastada hipnozun kimyasal anestezi biçimleriyle birlikte kullanılması ile uygulanan ameliyatlar da başarılı şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Hipnoz, ağrıyı kontrol etmek amacıyla kullanılmasının yanı sıra cilt hastalıkları, astım, uykusuzluk, hipertansiyon, siğiller ve diğer enfeksiyon türleri gibi sorunların tedavisinde de başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (Sawni ve Breuner, 2017; Becker, 2015).

### #GüzelManzaraTerapisi

Bir hastanenin safra kesesi ameliyatı geçiren kişilerle ilgili kayıtlarına göre ameliyattan sonra güzel manzarası olan bir odada kalan hastaların odalarının penceresi bu tür bir manzaraya bakmayan hastalara göre hastanede yatış süreleri daha kısa olmuş ve bu hastalar daha az miktarda ağrı kesici ilaca ihtiyaç duymuşlardır (Ulrich, 1984).

## Bilişsel-Davranışçı Müdahaleler

Fiziksel hastalıkları olan kişilere bazen tedavinin bir parçası olarak hastalıklarına karşı yeni bir tutum sergilemeleri veya bilişsel tepkiler vermeleri öğretilir (Sandler ve diğ., 2017). Örneğin *kendini yönlendirme eğitimi* veya *stres aşılama eğitimi* olarak adlandırılan bir yaklaşım, hastaların şiddetli ağrıyla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (Meichenbaum, 2017, 1993, 1975). Bu eğitimde terapistler, danışanlara ağrı dönemlerinde ortaya çıkan hoş olmayan düşünceleri (*kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler* olarak da adlandırılan "Hayır, bu ağrıya katlanamam." gibi ifadeleri) tanımlamayı ve sonunda bunlardan kurtulmayı ve bu tür olumsuz değerlendirmeleri *başa çıkmaya yönelik olumlu değerlendirmelerle* (örneğin "Ağrı geldiğinde sadece dur, şu anda yapman gereken şey neyse ona odaklanmaya devam et.") değiştirmeyi öğretir.

## Destek Grupları ve Duyguları İfade Etme

Kaygı, depresyon, öfke ve benzeri duygular bir kişinin fiziksel hastalığına katkıda bulunuyorsa o hâlde bu olumsuz duyguları azaltmaya yönelik müdahaleler fiziksel hastalığın hafifletilmesine de yardımcı olabilir. Bu nedenle, özellikle bazı hastaların çevrimiçi destek grupları da dâhil olmak üzere bazı destek gruplarından ve duygularına ve ihtiyaçlarına yönelik farkındalıklarını geliştirmeyi ve bunları daha fazla ifade etmelerini sağlamayı amaçlayan terapilerden fayda görüyor olmaları şaşırtıcı değildir (Gabbe ve diğ., 2017; Cacioppo ve diğ., 2016). Araştırmalar, geçmiş ve şimdiki duyguların veya üzücü durumların ele alınmasının hatta yazıya dökülmesinin, kişinin psikolojik sağlığına olumlu yönde bir katkı sağlamasının yanı sıra fiziksel

**Stres avcısı öğrenciler: Doğu ve Batı** Araştırmalara göre sık sık sınava girmek, lise ve üniversite öğrencileri için en stresli ikinci yaşam olayıdır. Çin'in üniversite giriş sınavlarına hazırlanan Pekin'deki lise öğrencileri sınav stresini azaltmak için birbirlerine masaj yapıyorlar (solda). Çin'de bunlar olurken Amerika Birleşik Devletleri Northwestern Üniversitesinde ise yurtta kalan öğrenciler, final sınavları sırasında "ilkel çığlıklar" atarak stresten kurtulmaya çalışıyor (sağda).


© Li Muyi /Color China Photos/ZUMA Press


AP Photo/Jerry Lai



BSIP/Getty Images

**Hipnotik yöntem** Bir anestezi uzmanı, Belçika'daki Liege Üniversite Hastanesinde ciddi bir siroz geçiren hastaya hipnoz uyguluyor. Bu hastanedeki birçok ameliyat, genel anestezi yerine hipnoz ve lokal anestezinin birleştirilmesi ile gerçekleştirilmektedir.

sağlığını iyileştirmeye de yardımcı olabileceğini göstermektedir. (Krupnick ve diğ., 2017; Smyth ve Pennebaker, 2001). Bir çalışmada birkaç gün boyunca stresli olaylar hakkındaki duygu ve düşünlerini yazan astım ve artrit hastalarının sağlık durumlarında kalıcı bir iyileşme olduğu görülmüştür. Benzer şekilde stresle ilgili yazmanın, HIV veya kanser hastaları için de faydalı olduğu bulunmuştur.

## Birleştirilmiş Yaklaşımlar

Araştırmalar fiziksel hastalıklara yönelik çeşitli psikolojik müdahalelerin benzer düzeylerde etkili olduğunu göstermiştir (Sawni ve Breuner, 2017). Örneğin gevşeme ve biyolojik geri bildirim eğitimi, hipertansiyon, baş ağrısı ve astım tedavisinde (plasebo kontrol grubundan daha etkili olmak üzere) aynı oranda etkilidir. Aslında psikolojik müdahaleler çoğu zaman, diğer psikolojik müdahale yaklaşımlarıyla ve tıbbi tedavilerle birleştirilerek uygulandığında daha etkili olmaktadır (Strada ve Portenoy, 2018; Sandler ve diğ., 2017). Klasik bir çalışmada ilaç tedavisi ile birlikte gevşeme, kendi kendine eğitim ve girişkenlik eğitimi verilen ülser hastalarının, yalnızca ilaç tedavisi alan hastalara göre hastalık belirtilerinde ve kaygı düzeylerinde daha fazla azalma olduğu, daha rahat hissettikleri ve bu olumlu değişiklikleri uzun vadede de sürdürdükleri görülmüştür (Brooks ve Richardson, 1980). Bu tür birleştirilmiş müdahalelerin, A tipi kişilik örüntüsünü değiştirmede ve A Tipi davranışlar sergileyen kişilerin koroner kalp hastalığı riskini azaltmada da etkili olduğu bulunmuştur (Burg, 2017; Burke ve Riley, 2010).

Açıkça görünen o ki fiziksel hastalıklara yönelik tedavi yaklaşımları çarpıcı biçimde değişmektedir. Bu alanda ağırlıklı olarak halen tıbbi tedaviler hüküm sürüyor olsa da bugünün hekimleri geçmiş yüzyıllardaki meslektaşlarından çok daha uzak ve farklı bir yolda ilerliyor.

### ...ÖZETLE

**FİZİKSEL HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK TEDAVİLER** Davranışsal tıp, tıbbi sorunları tedavi etmek veya önlemek için psikolojik ve tıbbi müdahaleleri birleştirir. Gevşeme eğitimi, biyolojik geri bildirim eğitimi, meditasyon, hipnoz, bilişsel-davranışçı teknikler, destek grupları, duygu ve ihtiyaçların farkındalığını ve ifade edilmesini artırmaya yönelik terapiler gibi psikolojik yaklaşımlar, çeşitli tıbbi sorunların tedavisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır.

# Anormal Psikolojinin Sınırlarını Genişletmek

Bir zamanlar anormal psikoloji alanının dışında değerlendirilen bedensel rahatsızlıklar ve fiziksel hastalıklar, artık doğrudan bu alanın sınırları içine giren sorunlar olarak görülmektedir. Fiziksel etkenlerin anormal zihinsel işleyişte rol oynayan etkenler olarak uzun zamandır kabul görmüş olması gibi psikolojik etkenler de artık anormal fiziksel işleyişe önemli katkılar sağlayan etkenler olarak kabul edilmektedir. Aslında günümüzde klinisyenlerin birçoğu, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin, hemen hemen tüm fiziksel rahatsızlıkların başlangıcına ve sürdürülmesine bir dereceye kadar katkıda bulunduğuna inanmaktadır.

Bu etkenler arasındaki ilişkiyi araştırmaya odaklanan çalışmaların sayısı son 40 yılda istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Araştırmacıların bir zamanlar stres ve fiziksel hastalık arasında belirsiz olarak nitelendirdikleri bağlantı, şimdi birçok değişkenin karmaşık bir etkileşimi olarak görülmektedir. Yaşam koşullarındaki değişiklikler; kişinin belirli bir psikolojik durumu, sosyal destek, biyokimyasal aktivite ve bağışıklık sisteminin yavaşlaması gibi etkenler, bir zamanlar tamamen fiziksel nedenlere bağlı olarak kabul edilen bozukluklara katkıda bulunan etkenler olarak kabul edilmektedir.

Bu son gelişmelerin en heyecan verici yönlerinden biri; sosyal çevre, beyin ve vücudun geri kalanı arasındaki *karşılıklı ilişkilere* yönelik alandaki

**KLİNİK TERCİHLER**

Artık bedensel belirtiler içeren bozuklukları öğrendiniz. Şimdi bu bölümde öğrendiklerinizi etkileşimli vaka çalışması ile değerlendirin. Joanne'nin belirtilerini tanımlamaya çalışın ve belirtilerine göre nasıl bir tanı alacağını belirleyin. Joanne için en etkili tedavi yaklaşımı hangi yaklaşım olur? ***Klinik Tercihlere*** erişmek için Başlatma Çubuğu'na gidin.

artan vurgudur. Araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda ruhsal bozuklukların sosyokültürel, psikolojik ve biyolojik etkenler ancak birlikte göz önünde bulundurulursa en iyi şekilde anlaşılıp tedavi edilebileceğini defalarca gözlemlemiştir. Artık bu etkileşimin tıbbi sorunları açıklamaya da yardımcı olduğunu biliyorlar. Beynin vücudun bir parçası olduğunun ve aynı zamanda her ikisinin de sosyal bağlamın bir parçası olduğunun farkına varıyoruz. Öyle ya da böyle bu üçü iç içe geçmiş durumda.

## Anahtar Terimler

zihin-beden düalizmi, s. 238
hasta taklidi yapma, s. 238
yapay bozukluk, s. 238
Munchausen sendromu, s. 239
vekâleten Munchausen sendromu, s. 239
konversiyon bozukluğu, s. 241
bedensel belirti bozukluğu, s. 242
elektra kompleksi, s. 244
birincil kazanç, s. 245
ikincil kazanç, s. 246
hastalık kaygısı bozukluğu, s. 248
psikofizyolojik bozukluk, s. 249
diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler, s. 249
ülser, s. 249
astım, s. 250
uykusuzluk (insomnia), s. 250
kas kasılmasına bağlı baş ağrısı, s. 250
migren, s. 251
hipertansiyon, s. 251
koroner kalp hastalıkları, s. 251
A tipi kişilik özelliği, s. 253
B tipi kişilik özelliği, s. 253
Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği, s. 255
psikonöroimmünoloji, s. 256
bağışıklık sistemi, s. 256
antijen, s. 256
lenfosit, s. 256
sitokinler, s. 257
davranışsal tıp, s. 259
gevşeme eğitimi, s. 259
biyolojik geribildirim, s. 259
elektromiyografi, s. 260
meditasyon, s. 260
hipnoz, s. 260
kendi kendine eğitim, s. 261

## Hızlı Kısa Sınav

1. Yapay bozukluğun, konversiyon bozukluğunun ve bedensel belirti bozukluğunun belirtileri nelerdir? *s. 238-244*
2. Uygulamacılar konversiyon bozukluğunu "gerçek" bir tıbbi sorundan nasıl ayırt etmektedir? Bedensel belirti bozukluğunda görülen iki farklı örüntü hangileridir? *s. 242-244*
3. Konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu için önde gelen açıklamalar ve tedaviler nelerdir? Bu açıklamalar ve tedaviler araştırmalar tarafından ne kadar desteklenmektedir? *s. 244-248156*
4. Hastalık kaygısı bozukluğunun belirtileri ve nedenleri nedir ve bu bozukluk için hangi tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır? *s. 248-249*
5. Ülser, astım, uykusuzluk, baş ağrısı, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığının spesifik nedenleri nelerdir? *s. 249-251*
6. Psikofizyolojik bozukluklara hangi türde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenler katkıda bulunmaktadır? *s. 251-254*
7. Stres ile fiziksel hastalıklar arasında nasıl bir ilişki bulunmuştur? Araştırmacılar bu ilişkiyi araştırırken hangi ölçekten yararlanmışlardır? *s. 254-256*
8. Stres, bağışıklık sistemi ve fiziksel hastalık arasındaki bağlantıyı tanımlayın. Çeşitli lenfosit türlerinin o türe özgü rollerini açıklayın. *s. 256*
9. Stresli dönemlerde bağışıklık sisteminin işleyişinin bir kişinin biyokimyasal aktivitesinden, davranış değişikliklerinden, kişilik özelliklerinden ve sosyal destek düzeyinden nasıl etkilenebileceğini tartışın. *s. 256-258*
10. Fiziksel hastalıkların tedavisine yardımcı olmak için hangi psikolojik tedaviler kullanılmaktadır? Her biri hangi spesifik hastalıklara uygulanmaktadır? *s. 259-262*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad

65
70cm
75cm

BÖLÜM

9

# ...Yeme Bozuklukları

*Shani, 15 yaşında. Açlığın cazibesine direnmeyi öğrenirken etrafta kimsenin olmadığı bir anda mutfağa girdim, paketten bir dilim ekmek çıkardım, kızarttım, üzerine tereyağı sürdüm, derin bir nefes aldım ve biraz ısırdım... Aman tanrım, ne suçluluk. Çöpe tükürdüm, ekmeğin geri kalanını çöpe attım ve oradan uzaklaştım. Saniyeler sonra tostu yeme isteği duydum, çöp kutusuna geri döndüm, kapağı açtım ve çöpü karıştırdım. Onu buldum ve dakikalarca yiyip yiyemeyeceğimi düşündüm. Burnuma yaklaştırıp erimiş tereyağı kokusunu içime çektim. Yine suçluluk. Bu sefer de onu çöpe attığım için suçluluk hissi. Canım ekmek çektiği için suçluluk. Tadına baktığım için suçluluk. Yine onu çöpe geri attım ve uzaklaştım. Hayırsa hayırdır dedim kendi kendime. hayırsa hayır.*

*...Ve yemek açısından mükemmel bir gün yaşamak için ne kadar uğraşırsam uğraşayım, yine de günün her saniyesinde suçluluk hissedecektim... Açlığa mecbur kalmamı sağlayan şey, suçluluk duygusundan kaçma arzumdu.*

*Zamanla zihnimde tüketmeme izin verilen veya yasak olan şeyleri dikte eden daha kesin bir "yapabilirim" ve "yapamam" listesi oluşturdum... Bu benim yaşam tarzım oldu. Benim kılavuzum oldu. Benim planım. Ama bundan daha kötüsü, hayatımın kontrol altında olduğuna dair yanlış bir güvence de verdi. Her şeyi yönetiyordum çünkü önümde bana ne yapıp ne yapmayacağımı söyleyen bir liste vardı...*

*Başlangıçta açlıkla baş etmek çok zordu. Doğuştan gelen bir şey değildi sonuçta. Günden güne yavaşça başka bir dünyaya çekildim, öyle bir dünya ki... Zorlayıcı olduğu kadar ödüllendirici de...*

*O yaz, çok kilo vermiş olmama rağmen, anneme yemek yiyeceğim konusunda yemin ettikten sonra yaşıtlarımla (yani 15 yaşındaki arkadaşlarım) yaz kampına gitmeme izin verdi. Oraya varır varmaz verdiğim sözü bozdum... Kahvaltı saatinde herkes mısır gevreği kutuları, somun ekmekler, jöle kutuları ve fıstık ezmesi kavanozlarına doğru yemek salonuna koştuklarında ben kozama çekilmiş hâlde tek başıma oturdum. Dilimlenmiş bir somun beyaz ekmeğin plastik poşedine dokundum, bir dilim çıkardım ve tıpkı bir kitabın bir sayfasını kıvırırmışçasına bir köşesini koparttım. Üzerine bir damla fıstık ezmesi ve mercimek büyüklüğünde bir miktar jöle sürdüm. Üç haftadır. Her gün. O benim kahvaltımdı.*

*Kimse beni görmesin diye herkes sahildeyken duşa girmeye çalıştım. Arkamdan kızların, "Sana bahsettiğim kız bu, çok iğrenç görünüyor." diye fısıldadıklarını duydum. Kızlardan biri ben duş alırken sürekli içeri giriyor ve sanki bir cesetmişim gibi eliyle ağzını kapatıyordu. O anlarda dökülen saçlarım gibi kanalizasyonda kaybolmayı diledim...*

*[Okula döndüğümde] "toplama kampı kurbanı" olarak etiketlendim. Döndüğümde aylar boyunca herkes vücudumun ağır çekimde vakumla paketleniyormuş gibi küçülşünü izledi... En düşük kiloma indiğimde kalça kemiklerim elbisemin altından sanki yerlerinde eklemlerim varmış gibi dışarı çıkıyordu, çok fazla delik açıldığı için taktığım kemerin ucu o kadar sarkıyordu ki bir süre sonra kemer takmayı bıraktım. Ayakkabılarım ayaklarıma çok büyük gelmeye başladı, ayak bileklerim o kadar inceydi ki aynı anda üç çift çorap giyiyordum ve yine de ayakkabılarım ayağımdan çıkıyordu. Külotlarım o kadar boldu ki düşmemeleri için yanlarından çengelli iğnelerle tutturuyordum...*

*Ev cephesinde işler her zamankinden daha kötüydü... Kapımı kilitledim ve diğerlerinin odama girmesini yasakladım. Yine de annemle her gün ağız dalaşına girerdik, o beni "Bedeninin enerji için besine ihtiyacı var." diye ikna etmeye çalışırken ben de "Aç değilim." diye karşılık verirdim...*

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Anoreksiya Nervoza
  - Klinik Tablo
  - Tıbbi Sorunlar
- Bulimia Nervoza
  - Tıkınmalar
  - Telafi Davranışları
  - Bulimia Nervozaya Karşı Anoreksiya Nervoza
- Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- Yeme Bozukluklarına Neler Sebep Olur?
  - Psikodinamik Faktörler
  - Bilişsel Davranışçı Faktörler
  - Depresyon
  - Biyolojik Faktörler
  - Toplumsal Baskı
  - Aile Ortamı
  - Çok Kültürlü Faktörler: Irksal ve Etnik Farklılıklar
  - Çok Kültürlü Faktörler: Cinsiyet Farklılıkları
- Yeme Bozukluklarında Hangi Tedaviler Kullanılır?
  - Anoreksiya Nervoza İçin Tedaviler
  - Bulimia Nervoza İçin Tedaviler
  - Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için Tedaviler
- Yeme Bozukluklarını Önlemek: Gelecek Trendi

*Annem, kendimi aç bıraktığım dokuz ay boyunca müdahale edemez bir hâlde uzaktan beni izledi. Neler olduğu hakkında hiçbir fikri yoktu, ben de bilmiyordum... Masum, naif, kibar, sevgi dolu bir kızdan münzevi, gaddar, saldırgan, meydan okuyan bir gence dönüşmemi izledi... Ve beni durdurmak için söyleyebileceği ya da yapabileceği hiçbir şey yoktu...*

*(Raviv, 2010)*

Her zaman böyle olmasa da günümüzde Batı toplumu ince olmayı, sağlık ve güzellikle bir tutuyor. Aslında Amerika Birleşik Devletleri'nde zayıflık neredeyse ulusal bir saplantı hâline geldi. Çoğumuz, yemeğimizin tadı ve besin değeri kadar ne kadar yediğimiz ile de meşgulüz. Bu nedenle son otuz yılda, özünde hastalıklı bir kilo alma korkusunu barındıran iki tür yeme bozukluğundaki artışa tanıklık ediyor olmamız şaşırtıcı değil. Shani gibi *anoreksiya nervoza* hastaları, aşırı derecede zayıf olmaları gerektiğine inanırlar ve o kadar çok kilo kaybederler ki açlıktan ölebilirler. *Bulimia nevroza* sorunu olan kişiler ise sıklıkla kontrolsüz bir şekilde ve büyük miktarda yiyecek tükettikleri tıkınırcasına yeme örüntüsüne sahiptir ve sonrasında kilo almamak için kendilerini kusturmaya zorlarlar veya aşırıya kaçan başka yollara başvururlar. Son zamanlarda artış görülen üçüncü bir yeme bozukluğu türü olan *tıkınırcasına yeme bozukluğunda* kişiler sık sık tıkınırcasına yemeye devam eder ancak kusmak veya diğer davranışlarda bulunmak için kendilerini zorlamazlar. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler kilo almaktan anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastaları kadar korkmazlar ancak bu bozukluklarda bulunan diğer özelliklerin çoğuna sahiplerdir (NIMH, 2017).

Haber medyasında yeme bozukluklarına dair birçok rapor yayımlandı. Kamuoyunun bu konuya ilgi göstermesinin nedenlerinden biri, bu bozuklukların yol açabileceği korkutucu tıbbi sonuçlarıdır. Halk bu tür olası kötü sonuçların farkına ilk kez 1983 yılında Karen Carpenter anoreksiyanın yol açtığı tıbbi sorunlar nedeniyle öldüğünde vardı. Abi ve kız kardeşin bir araya gelerek kurduğu ve Carpenters olarak tanınan soft rock grubunun 32 yaşındaki baş şarkıcısı Carpenter, son derece başarılı biriydi ve birçok kişi, genç kadınlara sağlıklı ve sıhhatli bir örnek olması nedeniyle aslında kendisine hayrandı. Mevcut endişenin bir başka nedeni de ergenlik dönemindeki kızlar ve genç kadınlar arasında anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın aşırı yaygın olmasıdır (Keel, 2018; NIMH, 2017).

#İlkYayın

İlk diyet kitabı 1800'lerin ortalarında İngiltere'de yayımlandı (Herman, 2015).

## Anoreksiya Nervoza

15 yaşında ve dokuzuncu sınıf öğrencisi olan Shani, **anoreksiya nervoza**nın birçok belirtisini göstermektedir (APA, 2013). Vücut ağırlığını kasıtlı olarak önemli ölçüde düşük tutma, aşırı kilolu olmaktan yoğun bir şekilde korkma, kilosu ve beden şekli hakkında çarpık bir görüş ve benlik değerlendirmesinde kilosu ve beden şeklinden aşırı derecede etkilenme (bk. Tablo 9-1).

Shani gibi anoreksiya nervoza hastalarının en az yarısında, *kısıtlayıcı tür anoreksiya nervoza* adı verilen ve yiyecek alımı belirgin ölçüde kısıtlanarak zayıflanan bozukluk görülür. İlk önce tatlıları ve şişmanlatıcı atıştırmalıkları kesme eğilimindelerdir, sonra giderek diğer yiyecekleri hayatlarından çıkarırlar. Sonunda bu tür anoreksiya nervozaya sahip kişiler beslenmelerinde neredeyse hiç değişiklik yapmazlar. Ancak diğerleri yemeklerden sonra kendilerini kusmaya zorlayarak, müshil veya idrar söktürücüleri kötüye kullanarak kilo verirler hatta bu kişilerde tıkınırcasına yeme davranışları da görülebilir. Bulumia nervoza ile ilgili kısımda daha ayrıntılı şekilde göreceğiniz gibi bu örüntü, *tıkınırcasına yeme/çıkarma türü anoreksiya nervoza* olarak adlandırılır.

Tüm anoreksiya nervoza vakalarının %75 ila 90'ı kadınlarda görülür (NIMH, 2017). Bozukluk herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen en sık görülen başlangıç yaşı 14 ila 20'dir. Batı ülkelerindeki tüm kadınların %0,6'sı ila 4'ü bu bozukluk kriterlerini karşılar ve pek çoğu, belirtilerin en azından bazılarını gösterir (NIMH, 2017; Forman, 2017). Kuzey Amerika, Avrupa ve Japonya'da bu bozukluğun yaygınlık oranlarında artış var gibi görünmektedir.

TABLO: 9-1

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Anoreksiya Nervoza |
|---|
| 1. Kişi, kasıtlı olarak çok az besin alır, bu da vücut ağırlığının benzer yaş ve cinsiyetteki diğer kişilere göre çok daha düşük olmasına neden olur. |
| 2. Kişi, kilo almaktan çok korkar veya çok zayıf olmasına rağmen sürekli olarak kilo almayı engellemeye çalışır. |
| 3. Kişi, çarpık bir vücut algısına sahiptir, kendini değerlendirirken, vücut ağırlığı veya biçimine yersiz bir vurgu yapar veya düşük vücut ağırlığının olası ciddi sonuçlarını değerlendiremez. |

APA, 2013'ten alınmıştır.

Bozukluk genelde hafif kilolu veya normal kilodaki bir kişinin diyet yapmasından sonra başlar (NEDA, 2018; APA, 2015). Anoreksiya nervozaya doğru evrilmesi ebeveynlerin ayrılması, evden uzaklaşma veya kişisel başarısızlık deneyimi gibi stresli bir olayı takip edebilir. Bozukluğu olan çoğu insan iyileşse de yüzde 6'sında bozukluk o kadar ciddi bir hal alır ki genellikle açlık nedeniyle ortaya çıkan tıbbi sorunlar veya intihar nedeniyle ölümler görülür (Mehler, 2017). Anoreksiya nevroza sorunu olan kişilerde intihar oranı, genel popülasyondan beş kat fazladır (Klein ve Attia, 2017).

## Klinik Tablo

Anoreksiya nervozası olan kişiler için temel amaç zayıflamaktır, *korku* onların motivasyonunu sağlar. Bu bozukluğu olan kişiler obez olmaktan, iştahlarındaki artışa teslim olmaktan ve daha genel olarak vücutlarının boyutu ve şekli üzerindeki kontrolünü kaybetmekten korkarlar. Ek olarak odak noktaları zayıflık ve yiyecek alımını sınırlandırma olsa da anoreksiyası olan kişilerde *yiyeceklerle aşırı meşgul olma* durumu görülür. Yiyecekler hakkında düşünmek hatta yiyeceklere dair okumalar yapmak ve sınırlı besin tükettikleri öğünlerini planlamak için çok zaman harcayabilirler (Ekern, 2018; Klein & Attia, 2017). Birçoğu, rüyalarında yiyecekler ve yemek yemeye dair temalar gördüklerini belirtmektedir.

Yiyecekler ile meşgul olma durumu, besin yoksunluğunun sebebinden ziyade aslında onun bir sonucu olabilir. 1940'ların sonlarında yapılan ünlü bir "açlık deneyinde" normal kiloya sahip 36 vicdani retçi, altı ay boyunca yarı aç bırakıldıkları bir diyete tabi tutuldu (Keys ve diğ.,1950). Anoreksiya nervozası olan kişilerde görüldüğü gibi gönüllülerin de yiyecekler ve yemekle meşguliyetlerinin arttığı görüldü. Küçük öğünlerini planlamak için her gün saatler harcadılar, diğer konulardan çok yemek hakkında konuştular, yemek kitapları ve tarifleri incelediler, yiyecekleri garip kombinasyonlarla bir araya getirdiler ve yemekleriyle vakit harcadılar. Birçoğunun yemekle ilgili canlı rüyaları da vardı.



Wallace Kirkland/Getty Images

**Laboratuvarda açlık** Altı ay boyunca yarı açlık koşuluna maruz bırakılan otuz altı vicdani retçi, anoreksiya ve bulumiada görülen belirtilerin birçoğunu göstermeye başladı (Keys ve diğ., 1950).

Anoreksiya nervozası olan kişilerde de çarpık bir düşünce yapısı vardır. Örneğin genellikle vücut şekilleri hakkında kötü bir algılamsya sahiplerdir ve kendilerini çekici bulmazlar (Klein & Attia, 2017). Ayrıca gerçekteki vücut oranlarını olduğundan daha fazla tahmin etmeleri muhtemeldir. Batı toplumundaki çoğu kadın vücut ölçülerini olduğundan fazla tahmin etse de anoreksiya nervoza hastalarının tahminleri özellikle yüksektir. Bu alanda öncü olan Hilde Bruch, yeme bozuklukları üzerine yazdığı klasik kitaplarından birinde 23 yaşındaki bir hastanın benlik algısını şöyle anlatıyor:

> *Günde en az dört, beş kez boy aynasına bakıyorum ve kendimi gerçekten zayıf olarak göremiyorum. Bazen birkaç günlük katı diyetin ardından, bedenimin görünüşünün katlanılabilir olduğunu hissediyorum ancak çoğu zaman, bu başkalarına garip görünse de aynaya bakıyorum ve çok şişman olduğuma inanıyorum.*
>
> *(Bruch, 1973)*

Bu örnekte de görülen vücut ölçüsüne yönelik abartma eğilimi, laboratuvarda test edilmiştir (Klein & Attia, 2017). Bu popüler değerlendirme yönteminde katılımcıların ayarlanabilir bir mercek üzerinden kendi fotoğraflarına bakmaları sağlanır. Gördükleri görüntünün gerçek vücut ölçülerine uygun olduğunu düşününceye kadar merceği ayarlamaları istenir. Mercekteki görüntü, gerçek görünümden yüzde 20 daha ince ya da yüzde 20 daha kalın olabilir. Anoreksiya nervozaya sahip bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlası kendi vücut ölçülerini olduğundan daha fazla tahmin etmiş ve lens üzerindeki görüntü gerçekte olduklarından çok daha geniş olduğunda merceği durdurmuştur.

Anoreksiya nervozadaki çarpık düşünme yapısı, bazı işlevsel olmayan tutumlar ve yanlış algılamalar biçimini de alabilir (Grzelak ve diğ., 2017). Bu bozukluktan muzdarip olan kişiler; "Her yönden mükemmel olmalıyım.", "Kendimi mahrum bırakırsam daha iyi bir insan olurum.", "Yemeyerek suçluluk duygusundan kurtulabilirim." gibi inançlara sahip olma eğilimindelerdir.

Anoreksiya nervozası olan kişilerde ayrıca depresyon, kaygı, düşük öz güven, insomnia veya diğer uyku bozuklukları gibi bazı *psikolojik sorunlar* da görülmektedir (Klein

**anoreksiya nervoza** Aşırı zayıf olma ve aşırı kilo verme arayışıyla tanımlanan bir bozukluk.



BSIP/UIG via Getty Images

**Görmek yanıltıcıdır** Bir değerlendirme ve araştırma tekniğinde insanlar çok inceden obeze kadar değişen vücut çizimlerine bakar ve ardından kendi vücut ölçülerini temsil ettiğine inandıkları silueti seçerler. Anoreksiya nervozası olan kişiler, görev sırasında ellerinde kendi fotoğrafları olsa dahi genellikle yanlış vücut ölçülerine ilişkin görseli seçerler.

& Attia, 2017). Bir kısmı madde bağımlılığı ile cebelleşir ve birçoğu obsesif kompulsif örüntüler sergiler. Yiyeceklerin hazırlanması hatta belirli şekillerde kesilmesine dair katı kurallar koyabilirler. Daha kapsamlı obsesif kompulsif kurallar da görülebilir. Örneğin birçoğu, yaşamlarındaki diğer aktiviteleri ikinci plana atarak kompulsif şekilde egzersiz yapabilir. Anoreksiya nevrozası olan kişiler ile obsesif kompulsif bozukluğu olan kişileri karşılaştıran bazı araştırmalarda obsesiflik ve kompülsiflik düzeylerinde her iki bozukluğa sahip kişilerin de benzer puanlar aldıkları görülmüştür. Son olarak anoreksiya nervozası olan kişiler mükemmeliyetçi olma eğilimindedir ve bu genellikle olarak bozukluğun ortaya çıkmasından daha önce kişide var olan bir özelliktir.

## Tıbbi Sorunlar

Anoreksiya nervozada görülen aç kalma alışkanlığı tıbbi sorunlara neden olmaktadır (Lawson ve Miller, 2017; Mehler, 2017). Kadınlarda **amenore** olarak da adlandırılan âdet düzensizliği görülür. Ortaya çıkabilecek diğer problemler arasında vücut ısısının düşüklüğü, düşük tansiyon, vücutta ödem, kemiklerdeki mineral yoğunluğunun azalması ve kalp atım hızının yavaşlaması yer alır. Metabolik ve elektrolit dengesizlikler de meydana gelebilir ve bu durum kalp yetmezliği veya dolaşım bozukluğu nedeniyle ölüme neden olabilir. Anoreksiya nervozası olan kişilerin yetersiz beslenmesi de cildin sertleşmesine, kurumasına ve çatlamasına, tırnakların kırılmasına, eller ve ayakların soğuk ve mavimsi bir renge bürünmesine neden olabilir. Bazı kişilerin saçlarında dökülme olurken bazı kişilerin gövdesinde, uzuvlarında ve yüzlerinde *lanugo* (bazı yeni doğanlarda yüzü kaplayan ince, ipeksi saç) görülür. Bu bölümün açılışında öyküsüne yer verilen genç kadın Shani, bozukluğu ilerledikçe vücudunun nasıl değiştiğini anlatıyor: "Kaç kat giysem de üşüdüğümü, saçımı ıslattığımda veya yıkadığımda kalın tomarlar halinde döküldüğünü, adetlerimin kesildiğini, yüz üstü yattığımda kalça kemiklerimin battığını ve yere oturduğumda kuyruk sokumumun acıdığını kimse bilmiyordu." (Raviv, 2010)

### ...ÖZETLE

**ANOREKSİYA NERVOZA** Zayıflığın ulusal bir saplantı hâline gelmesi gibi yeme bozuklukları görülme oranları da dramatik bir şekilde artmıştır. Anoreksiya nervozaya sahip kişiler, aşırı zayıflık peşinde koşar ve tehlikeli miktarda kilo kaybederler. Kısıtlayıcı tipte anoreksiya nervoza veya tıkınırcasına yeme/çıkarma tipinde anoreksiya nervoza görülebilir. Anoreksiya nervozanın temel özellikleri, zayıf olma dürtüsü, kilo almaya dair yoğun bir korku duyma ve çarpık bir beden algısı ve diğer bilişsel çarpıtmaların varlığıdır. Bu bozukluğa sahip olan kişilerde özellikle âdet düzensizliği olmak üzere çeşitli tıbbi sorunlar gelişir. Tüm anoreksiya nervoza vakalarının yüzde 90'ını kadınlar oluşturmaktadır.

## Bulimia Nervoza

**Tıkınırcasına yeme kusma sendromu (binge-purge)** olarak da bilinen **bulumia nervoza**ya sahip olan insanlar, tekrarlı şekilde meydana gelen ve kontrol edilemeyen aşırı yeme atakları veya **tıkınma** atakları yaşarlar. Bir tıkınırcasına yeme atağı, sınırlı bir zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceğin tüketildiği, genellikle iki saat gibi sınırlı bir süre boyunca gerçekleşir (APA, 2013). Ayrıca bu bozukluğa sahip olan kişiler kendilerini kusturmak, müshil, idrar söktürücü veya lavmanları kötüye kullanmak, oruç tutmak veya aşırı egzersiz yapmak gibi uygunsuz *telafi edici davranışları* tekrar tekrar yaparlar (bk. **Tablo 9-2**). Bulimia nervozadan kurtulan bir kadın olan Lindsey, rahatsızlığı sırasında geçirdiği bir sabahı anlatıyor:

*Bugün gerçekten iyi olacağım yani önceden belirlediğim şeyleri yiyeceğim ve fazladan bir lokma dahi ağzıma sürmeyeceğim. Doug'un takip ettiğinden daha fazlasını yememeye çok dikkat ediyorum. Onun gözetimi altındayım. Gerginliğimin arttığını hissedebiliyorum. Keşke Doug bir an önce gitse de ben de başlasam!*

**amenore** Adet döngüsünün kesilmesi.

**bulumia nervoza** Sık sık tıkınırcasına yeme ve kilo almamak için ardından zorla kusma veya diğer telafi edici aşırı davranışlarla kendini gösteren bozukluk. Tıkınırcasına yeme-kusma (binge-purge) sendromu olarak da bilinir.

**tıkınma** Bir kişinin çok fazla miktarda yiyecek tükettiği, kontrol edilemeyen yeme dönemi.

*O, kapıyı kapatır kapatmaz listemde yer alan ve yapmam gereken sayısız sorumluluktan birine girişiyorum. Hepsinden nefret ediyorum! Sadece kendi içime çekilmek istiyorum. Hiçbir şey yapmak istemiyorum. Yemek yemeyi tercih ederim. Yalnızım, gerginim, iyi değilim, zaten her şeyi yanlış yapıyorum, kontrolü kaybettim, sadece şunu biliyorum ki bunu gün böyle duramam. Uzun zamandır aynı şeyler tekrarlayıp duruyor.*

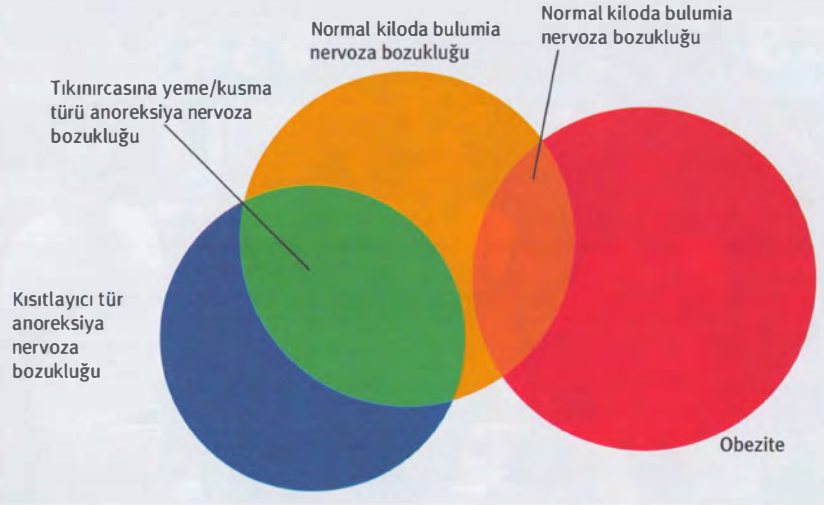
*Kahvaltıda yediğim nişastalı mısır gevreğini hatırlıyorum. Banyoya giriyorum ve tartıya çıkıyorum. Aynı kiloda olduğumu gösteriyor ama aynı kilo da kalmak istemiyorum! Daha ince olmak istiyorum! Aynaya bakıyorum, kalçalarımın çirkin ve deforme olduğunu düşünüyorum. Karşımda hantal, sakar ve armut biçimli bir pısırık görüyorum. Kendime her baktığımda çirkin bir şey buluyoum. Bu bedende kapana kısılmış gibi hissediyorum ve bu konuda ne yapacağımı bilmiyorum.*

*İçinde olanların farkında olarak buzdolabına ilerliyorum. Dün geceki kekle başlıyorum. Her zaman tatlılardan başlarım. İlk başta sanki hiçbir şey eksilmemiş gibi görünsün diye uğraşıyorum ama iştahım öyle kabarık ki başka bir kek daha yapmaya karar veriyorum. Bir gece önce banyoda yarım bıraktığım bir paket kurabiye olduğunu biliyorum ve hemen ona geçiyorum. Daha rahat kusabilmek için biraz süt içiyorum. Büyük bir bardak sütü içtikten sonra yaşadığım doluluk hissini seviyorum. Altı dilim ekmek alıp ızgarada bir tarafını kızartıyorum, ters çevirip bir öbek tereyağı sürüyorum ve eriyene kadar tekrar ızgaranın altına koyuyorum. Altı dilimi bir tabağa koyup televizyonun karşısına geçiyorum, yanında bir kâse mısır gevreği ve bir muz almak için mutfağa geri dönüyorum. Son dilimim bitmeden, altı dilimden oluşan bir sonraki partiyi şimdiden hazırlıyorum. Belki bir ya da beş dilim daha kek ve birkaç büyük kâse dolusu dondurma, yoğurt ya da süzme peyniri yanına ekliyorum. Karnım göğüs kafesimin altında büyük bir top varmış gibi geriliyor. Yakında tuvalete gitmem gerektiğini biliyorum ama ertelemek istiyorum. Hayal diyarında gibiyim. Bekliyorum, baskıyı hissediyorum, odalar arasında volta atıyorum. Zaman geçiyor. Zaman geçiyor. Artık zamanı geliyor.*

*Odaların her birini bir yandan amaçsızca dolaşırken tüm evi düzenliyorum ve topluyorum. Sonunda banyoya dönüyorum. Bağdaş kuruyorum, saçımı geride topluyorum ve parmağımı iki kere ağzıma sokup kocaman bir yemek yığınını dışarı çıkartıyorum. Üç dört parmak daha ve bir yığın yiyecek daha kusuyorum. Yediğim her şeyin geri çıktığını görebiliyorum. Keklerin çıktığını görmek beni mutlu ediyor çünkü onlar ÇOK kilo aldırıyor. Kusma periyotları giderek düzensizleşiyor ve başım ağrımaya başlıyor. Başım dönerken, hafiflemiş ve zayıf hissederek ayağa kalkıyorum. Tüm bu olup bitenler yaklaşık bir saat sürüyor.*

*(Hall & Cohn, 2010, s. 1)*

Anoreksiya nervozada görüldüğü gibi bulimia nervozada da yine vakaların yüzde 75 ila 90'ı kadınlarda görülür (NIMH, 2017; Forman, 2017). Ergenlik veya genç erişkinlik döneminde (çoğunlukla 15 ila 20 yaşları arasında) başlar ve dönemsel olarak azalsa da çoğunlukla yıllarca sürer. Bulimia nervoza hastalarının kiloları birbirinden çok farklı olabilir ancak genellikle çoğu normal kilolardadır. Bununla birlikte bu bozukluğu olan bazı kişiler, ciddi şekilde zayıflayabilir ve sonunda bozukluk anoreksiya nervoza tanısına dönebilir (bk. Şekil 9-1).




**ŞEKİL 9-1**

**Yeme Bozukluklarında Örtüşen Yapılar**

Anoreksiya nervozaya sahip bazı insanlar, kilo vermenin bir yolu olarak tıkınırcasına yer ve sonra midelerini boşaltır ve obez olan bazı insanlar da tıkınırcasına yemek yer. Ancak bulimia nervoza hastalarının çoğu obez değildir ve aşırı kilolu insanların çoğu tıkınırcasına yemek yemez.

**TABLO: 9-2**

**Tanı İçin Kontrol Listesi**

**Bulumia Nervoza**

| |
|---|
| 1. Tekraralayan tıkınırcasına yeme dönemleri |
| 2. Kilo alımını önlemek için uygunsuz telafi edici davranışların (örn. kendini kusturma) tekrar tekrar yapılması. |
| 3. Belirtiler 3 ay boyunca en az haftada bir ortaya çıkar. |
| 4. Kendilik değerlendirmesinde kilo ve vücut şeklinin uygun olmayan etkisi. |

APA, 2013'ten alınmıştır.

TABLO: 9-3

**Yeme Bozukluklarının Karşılaştırılması**

| | Bir Yıllık Yaygınlık | Kadınların Oranı | Ortalama Başlama Yaşı | Tedaviye Erişim Oranı | Tedavi Sonrası Uzun Dönem İyileşme |
|---|---|---|---|---|---|
| Anoreksiya nervoza | %0,6-4,0 | %75-90 | 14-20 yaş | %34 | %75 |
| Bulumia nervoza | %0,5-5,0 | %75-90 | 15-20 yaş | %43 | %75 |
| Tıkınırcasına yeme bozukluğu | %2,0-7,0 | %64-70 | 22-30 yaş | %44 | %60 |

Bilgi: Ekern, 2018, 2014; Mitchell, 2018; Crow, 2017; Engel ve diğ.,2017; Forman, 2017; Klein & Attia, 2017; NIMH, 2017; Sysko & Devlin, 2017..

Birçok ergen ve genç yetişkin, arkadaşlarından veya medyadan bu tür davranışları duyduktan sonra ara sıra tıkınırcasına yerler veya kusma ya da müshil kullanmayı dener. Gerçekten de dünya genelindeki araştırmalara göre tüm öğrencilerin yüzde 25 ila 50'si dönemsel olarak tıkınırcasına yemeyi veya kendi kendine kusmayı denediklerini ifade etmektedir (Ekern, 2018). Fakat bu bireylerin sadece bir kısmı bulimia nervoza tanısını karşılar. Batılı ülkelerde yapılan bazı araştırmalar, kadınların yüzde 0,5 ila 5'inin bulumia nevroza tanı kriterlerini tam olarak karşıladığını göstermektedir (Engel, Steffen ve Mitchell, 2017; NIMH, 2017) (bk. **Tablo 9-3**). Bu oranın, özellikle üniversite öğrencileri arasında daha yüksek olduğu görülmektedir (Jacobson, 2018; Zerbe, 2008).

## #DiyetSektörü

Amerikalılar her yıl zayıflatıcı gıdalar, ürünler ve hizmetler için 68 milyar dolar harcıyor. Bu miktarın büyük çoğunluğu diyet besinlere harcanmaktadır (LaRosa, 2018; Fooducate, 2016).

## Tıkınmalar

Bulimia nevroza tanısı alan kişiler, haftada 1 ile 30 arasında tıkınırcasına yeme nöbeti geçirebilir (Fairburn ve diğ., 2015, 2008). Çoğu durumda tıkınmaları gizlice yaparlar. Kişiler, çok miktarda yiyeceği genellikle tatlı, yüksek kalorili ve dondurma, kurabiye, çörek ve sandviç gibi yumuşak dokulu yiyecekleri, çok hızlı bir şekilde ve çok az çiğneyerek tüketirler. Yiyeceklerin tadına bakmaz veya yiyeceğe dair düşünülmez. Bir tıkınırcasına yeme epizodu sırasında ortalama 2.000 ila 3.400 kalori tüketilir (Engel ve diğ., 2017). Bazı kişiler için bu, 10.000 kaloriye kadar çıkabilir.




Curtis Means/NBC NewsWire/Getty Images

**Spor için yemek** Birçok insan ara sıra tıkınırcasına yer. Aslında Brooklyn'in Coney Adası, New York'ta her yıl düzenlenen Nathan'ın Ünlü Uluslararası Sosisli Sandviç Yeme Yarışması'nda çekilmiş olan bu fotoğraf karesinde gördüğünüz gibi tıkınırcasına yeme bazen resmî olarak desteklenir. Bununla birlikte tıkınırcasına yeme epizodu tekrarlar, bu örüntü devam ederse ve kilo veya vücut şekliyle ilgili meseleler kişinin öz değerlendirmesine hâkim olursa bu durumda o kişilerin yeme bozukluğuna sahip oldukları söylenebilir.

Tıkınırcasına yeme, genellikle büyük bir gerginlik hissinin ardından gelir. Kişi kendini asabi, "gerçek dışı" ve "yasak" yiyecekleri tüketmeme konusunda kontrolsüz hisseder. Tıkınırcasına yeme sırasında kişi yemek yemeyi bırakamayacağını hissine kapılır (APA, 2013). Tıkınma, bireyin öncesinde yaşadığı şiddetli gerginlik hissini hafifletmesi anlamında rahatlatıcı olabilse de bu tıkınma epizodunu, kilo alma ve yakalanma korkularıyla beraber kendini suçlama, utanç, suçluluk ve depresif duygular takip eder (Engel ve diğ., 2017).

## Telafi Davranışları

Bulimia nervozadan muzdarip kişiler, tıkınırcasına yeme atağından sonra bunun etkilerini telafi etmeye ve ortadan kaldırmaya çalışırlar. Örneğin birçoğu kusar. Ancak kusma, tıkınırcasına yeme sırasında tüketilen kalorilerin yarısının emilimini engelleyemez. Ayrıca tekrarlı şekilde kusmaya başvurulduğunda kişinin genel olarak doygunluk hissetme yeteneği zarar göreceği için daha fazla açlık hissetmesine, daha sık ve yoğun tıkınmaya yol açar. Benzer şekilde müshilin veya idrar söktürücülerin kullanımı, tıkınırcasına yemeyle alınan kaloriyi verme konusunda büyük ölçüde başarısız olur (Mitchell, 2018).

**İnsanların yaşamda bazen tıkınırcasına yaptığı ve sonra telafi ettiği, yiyecekler ve yemek yemek dışında kalan durumlar var mıdır?**

Kusma ve diğer telafi davranışları, rahatsız edici şişkinlik hissini geçici olarak rahatlatabilir veya aşırı yeme nedeniyle ortaya çıkan kaygı ve kendinden iğrenme duygularını azaltabilir (Stewart ve Williamson, 2008). Ancak zamanla telafinin daha fazla tıkınırcasına yemeye yol açtığı ve tıkınırcasına yemenin de daha fazla telafi davranışını beraberinde getirdiği bir döngü gelişir (Mitchell, 2018). Bu döngü sonunda bozukluğa sahip olan kişilerin kendilerini güçsüz hissetmelerine ve kendilerinden iğrenmelerine sebep olur (Engel ve diğ., 2017). Bu kişilerin çoğu, bir yeme bozukluğuna sahip olduklarının farkındadır. Daha önce tanıştığımız kadın Lindsey, gençlik döneminde yatılı okuldayken tıkınırcasına yeme, kusma ve kendinden iğrenme döngüsünün nasıl yerleştiğini hatırlıyor.

*Ağzıma giren her lokma gereksiz ve bencilceydi. Kendimden giderek daha çok tiksiniyordum.*

*Parmaklarımı genzime doğru ilk kez soktuğumda okulun son haftasıydı. Yüzü kıpkırmızı ve gözleri şişmiş bir kızın banyodan çıktığını gördüm. Vücudu gerçekten düzgün olmasına rağmen daima kilosundan ve yediklerine dikkat etmesi gerektiğinden bahsederdi. Az önce yaptığı şeyin ne işe yarayacağını hemen anladım ve bunu denemek zorundaydım...*

*Yurdun ana katında açık büfe olarak sunulan kahvaltılarla başladım. Hangi yiyeceklerin yedikten sonra kolayca çıkartılabileceğini öğrendim. Sabah uyandığımda, kendimi yarım saatliğine tıka basa doldurup dersten önce kusmaya mı gideceğim yoksa tüm günü tıkınırcasına yemeden geçirmeye mi çalışacağım konusunda karar vermem gerekiyordu... Her zaman, yemekte tabağımı doldurduğumda insanların bunu fark ettiğini ama aynı zamanda bir atlet olduğum için kolayca yaktığımı varsaydıklarını düşünürdüm... Bir seferinde, sanki hamileymişim gibi karnım şişene ve bir lokma daha yutamayacağımı hissedene kadar durmadan yedim.*

*O yıl benim dokuz yıl süren takıntılı şekilde yeme ve kusma dönemimin ilk yılıydı... Kimseye ne yaptığımı söylemeyi ve yemeyi durdurmayı istemiyordum... [Her ne kadar] âşık olmak ya da diğer dikkat dağıtıcı şeyler zaman zaman iştahımı azaltsa da her zaman yemeğe geri döndüm.*

*(Hall & Cohn, 2010, s. 55)*

Anoreksiya nervozada olduğu gibi bulimik bir döngü de genellikle aile üyeleri ve arkadaşlardan övgü alan yoğun ve başarılı bir diyet dönemi sırasında veya sonrasında başlar (APA, 2015). Hem hayvanlar hem de insanlar üzerinde yapılan araştırmalar, çok katı diyetler uygulayan normal deneklerde de aşırı yeme eğiliminin ortaya çıktığı bulunmuştur (Pankevich ve diğ., 2010). Örneğin "açlık deneyi"ne katılan vicdani retçilerden bazıları, sonrasında düzenli yemeye dönmelerine izin verildiğinde tıkınırcasına yemek yemeyi sürdürmüş ve bir kısmı da büyük öğünler yeseler bile aç kalmaya devam etmiştir (Keys ve diğ., 1950).

### #KraliyetteBulimia

İngiltere kraliçesi olarak geçirdiği üç yıl boyunca Kral VIII. Henri'nin ikinci eşi, Kraliçe Anne Boleyn ilki taç giyme töreninde gözlemlendiği, yemekler sırasında kusma alışkanlığına sahipti. Aslında bir nedimeye, kraliçe kusacak gibi göründüğünde çarşaf tutma görevi vermişti (Shaw, 2004).

**tıkınırcasına yeme bozukluğu**
Aşırı telafi davranışlarının olmadığı sık tıkınırcasına yemelerle ilerleyen bir bozukluk.

## Bulimia Nervozaya Karşı Anoreksiya Nervoza

Bulimia nervoza birçok yönden anoreksiya nervozaya benzer. Her iki bozukluk da tipik olarak zayıflama dürtüsü; yiyecekler, kilo ve görünümle aşırı meşguliyet; depresyon, kaygı, takıntılar ve mükemmel olma ihtiyacı ile mücadele eden, aşırı kilolu olmaktan korkan kişilerde bir süre diyet yaptıktan sonra başlar (Engel ve diğ., 2017; Klein & Attia, 2017). Bu bozukluklardan herhangi birine sahip kişilerde intihar girişiminde bulunma ve ölüm riski yüksektir. Diyet haplarının aşırı kullanımının da kolaylaştırabileceği madde kötüye kullanımı, her iki bozukluğa da eşlik edebilir. Her iki bozuklukta da kişiler, gerçek ağırlıkları veya görünümleri ne olursa olsun, çok kilolu olduklarına ve çok kilolu göründüklerine inanırlar (Bir sonraki sayfada ***Bilgi Merkezi'ne*** bakın.) ve her iki bozukluğa da yemek yemeye karşı çarpıtılmış tutumlar damgasını vurur.

Benzerliklerine rağmen iki bozukluk da önemli ölçüde birbirinden farklılaşmaktadır. Her iki bozuklukta insanlar başkalarının kendileri hakkındaki görüşleri hakkında endişe duysalar da bulimia nervoza hastaları başkalarını memnun etme, başkalarına çekici görünme ve yakın ilişkiler kurma konusunda daha fazla endişe duyma eğilimindedir (Zerbe, 2017, 2010, 2008). Diğer yandan bu kişiler anoreksiya nervozası olan kişilere göre cinsel açıdan daha deneyimli ve aktif olma eğilimindedirler (Gonidakis ve diğ., 2015). Özellikle zorlayıcı olmasından ötürü uzun süreli ruh hâli değişimleri, kolayca hüsrana uğramak veya sıkılmak, dürtüler ve yoğun duygularla etkili bir şekilde baş etmede veya kontrol etmede zorluk yaşamaları daha olasıdır (Engel ve diğ., 2017). Bulimia nervoza hastalarının üçte birinden fazlası Bölüm 13'te de daha yakından inceleyeceğiniz, borderline veya kaçıngan kişilik bozukluğu başta olmak üzere bir kişilik bozukluğunun özelliklerini de taşırlar.

Diğer bir fark, iki bozukluğa eşlik eden tıbbi komplikasyonların doğasıdır (Forman, 2017; Mitchell & Zunker, 2017). Anoreksiya nervozalı kadınların neredeyse tamamı ile karşılaştırıldığında bulimia nervozalı kadınların sadece yarısı adetten kesilir veya âdet düzensizlikleri vardır. Öte yandan tekrarlanan kusma nedeniyle dişler ve diş etleri hidroklorik aside maruz kaldığı için bulimia nervozalı bazı kadınlarda diş minesinin parçalanması hatta diş kaybı gibi ciddi diş sorunları ortaya çıkar. İlaveten sık kusma veya kronik ishal (laksatif kullanımından kaynaklanan); zayıflığa, bağırsak bozukluklarına, böbrek hastalığına veya kalp hasarına yol açabilen potasyumun tehlikeli ölçüde eksilmesi de dâhil olmak üzere bir dizi ciddi tıbbi soruna neden olabilir.

### 9... ÖZETLE

**BULİMİA NERVOZA** Bulimia nervozaya sahip kişiler, sık sık tıkınırcasına yeme ve sonra kendilerini kusturma veya uygun olmayan diğer telafi edici davranışlar sergilerler. Tıkınmalar genellikle artan gerilime tepki olarak ortaya çıkar ve bunu utanç ve kendini suçlama duyguları izler. Telafi davranışları başlangıçta rahatsız edici şişlik hissini azaltması veya kaygı, kendinden iğrenme ve aşırı yemeye bağlı kontrol kaybı duygularının azalmasıyla pekiştirilir. Bununla birlikte zaman içinde kişiler genellikle kendilerinden tiksinme, depresif duygular ve suçluluk hissederler. Tüm bulimia nervoza vakalarının yüzde 90'ını kadınlar oluşturur.

## Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Bulimia nervozası olanlar gibi **tıkınırcasına yeme bozukluğu** olan kişiler de yeme davranışlarını kontrol edemedikleri tekrarlayan tıkınırcasına yeme davranışı sergilerler (APA, 2013). Fakat farklı olarak uygun olmayan telafi edici davranışlarda bulunmazlar (bk. **Tablo 9-4**). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin yaklaşık yarısı aşırı yeme bozukluğunun bir sonucu olarak aşırı kilolu hatta obez olmaktadır (Forman, 2017; Sysko & Devlin, 2017).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk olarak 60 yıl önce aşırı kilolu birçok kişide yaygın olarak görülen bir örüntü olarak tanımlandı (Stunkard, 1959). Ancak şunu kabul etmek gerekir ki aşırı kilolu olan çoğu insan, tıkınırcasına yeme davranışı

TABLO: 9-4

### Tanı İçin Kontrol Listesi

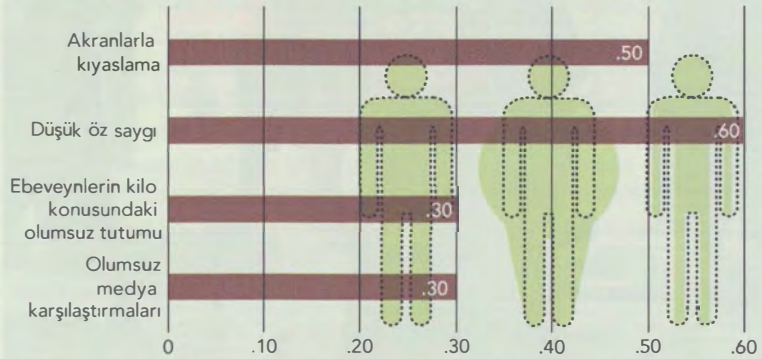
| Tıkınırcasına Yeme bozukluğu |
|---|
| 1. Tekrarlayan tıkınırcasına yeme dönemleri. |
| 2. Tıkınırcasına yeme dönemleri şu özelliklerden en az üçünü içerir: • Olağan dışı hızlı yeme • Aç hissetmeme • Rahatsız edici tokluk • Utanma nedeniyle gizli yemek yeme • Ardından gelen kendinden iğrenme, depresyon veya şiddetli suçluluk duyguları. |
| 3. Yoğun sıkıntı hissi. |
| 4. Tıkınırcasına yeme atakları 3 ay boyunca en az haftada bir gerçekleşir. |
| 5. Telafi etmeye yönelik aşırı davranışlar yoktur. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

# BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ

Kilosunu ve vücut şeklini olumsuz olarak değerlendiren kişiler beden memnuniyetsizliği yaşamaktadırlar. Tüm kız çocukları ve kadınların yaklaşık %73'ü, tüm oğlan çocukları ve erkeklerin ise %56'sı vücutlarından memnun değil (Ross, 2018; Pop, 2016; Swami ve diğ.,2016). Memnun olmayan kadınların büyük çoğunluğu aşırı kilolu olduklarına inanırken; memnun olmayan erkeklerin yarısı kendilerini fazla kilolu, yarısı ise zayıf olarak görmektedir. Beden memnuniyetsizliği ile en çok ilişkili faktörler mükemmeliyetçilik ve gerçekçi olmayan beklentilerdir. Beden memnuniyetsizliği, diyet yapma ve yeme bozukluklarının gelişimi açısından en kuvvetli belirleyicidir.

## BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ İLE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR...




(Fardouly et al., 2017; Swami et al., 2016; Van Vonderen & Kinnally, 2012)

## BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ ÇOK OLAN KİŞİLER AŞAĞIDAKİ LİSTEDE YER ALAN ŞEYLERE DAHA YATKINDIR...

- Yeme bozuklukları
- Depresif bozukluklar
- Kaygı bozuklukları
- Beden dismorfik bozukluğu
- Kişiler arası ilişki problemleri
- İş yeri problemleri

(Griffiths ve diğ.,2017; Frederick ve diğ.,2016; Marques ve diğ.,2012; Dyl ve diğ.,2006; Ohring ve diğ.,2002)

## YETİŞKİNLER VE BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ BÖLGELERİ




Frederick ve diğ.,2016; Weinshenker, 2014; Garner, 1997)



## BEDENE DAİR OLUMSUZ DÜŞÜNCELER

Kadınların %97'sinin aklından gün içinde bedenlerine dair en az bir olumsuz düşünce geçmektedir.
Bir kadının gün içinde aklından bedenine dair gün içinde geçen olumsuz düşünce ortalaması ise 13'tür.

"Bacaklarımdan, karnımdan ve kollarımdan nefret ediyorum."

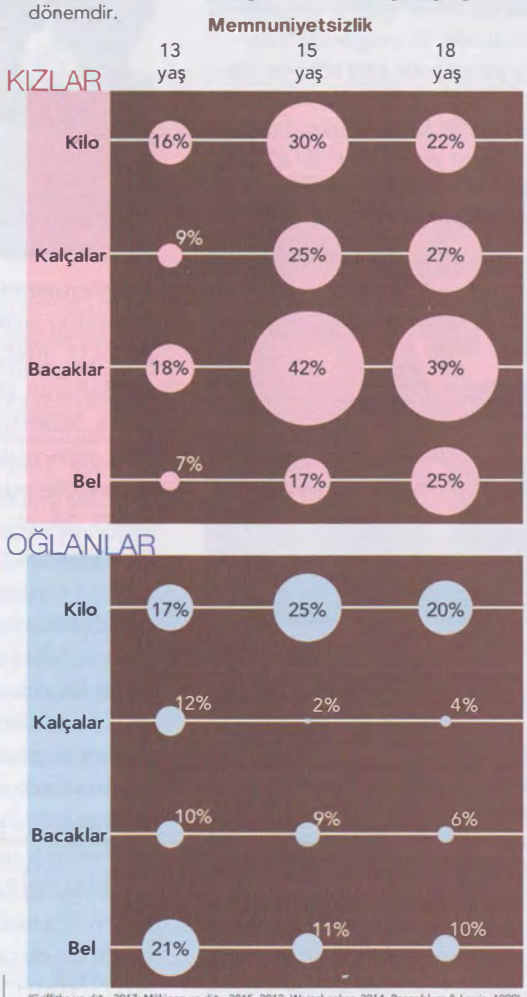
"İğrenç görünüyorum."

"Ben şişmanım. Bütün güzel kızlar 2 bedendir (Çev. notu: Türkiye'de 34 beden olarak düşünülebilir)"

(Brodeur, 2016; Dreisbach, 2011)

## ERGENLER VE BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ

Her yaştan kadın vücutlarından memnun olmama eğilimindedir, ancak memnuniyetsizliğin en çok arttığı dönem, kızlarda erken ergenlikten orta ergenliğe geçilen dönemdir.




(Griffiths ve diğ., 2017; Mäkinen ve diğ., 2015, 2012; Weinshenker, 2014; Rosenblum & Lewis, 1999)

## SOSYAL MEDYA VE BEDEN MEMNUNİYETSİZLİĞİ

- Genç kızlar sosyal medyada ne kadar çok zaman geçirirlerse, beden memnuniyetsizlikleri de o kadar yüksek oluyor
- Gençlerin çoğu, sosyal ağ sitelerinin vücutlarına dair güvenlerini zedelediğini söylüyor.

(Griffiths et al., 2018; Makwana et al., 2018; Dove, 2016; Kim & Chock, 2015)




Cityfiles/Polaris

**"En Büyük Kaybeden" fenomeni** Bu görüntüdeki kişiler, başarılı Amerikan dizisi The Biggest Loser'ın Portekizce versiyonu olan ve televizyonda yayımlanan şov programı, *Peso Pesado'nun* (İngilizce: Heavy Weight) bir parçası olarak egzersiz programına katılmaktalar. Bu programda fazla kilolu yarışmacılar para ödülüne ulaşmak amacıyla en fazla kiloyu vermek için yarışırlar. Kilolu insanların çoğu tıkınırcasına yeme bozukluğu göstermez ancak bu bozukluğu olan çoğu insan aşırı kiloludur.

sergilememekte, kilolarının kaynağında sık sık ve fazla miktarda yemeleri ve/veya biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir kombinasyonu yer almaktadır (ANAD, 2018, 2014).

Nüfusun yüzde 2 ila 7'sinde tıkınırcasına yeme bozukluğu görülmektedir (NEDA, 2018; NIMH, 2017; Brownley ve diğ., 2015). Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi bu bozukluğa sahip kadınların sayısı erkeklerden fazla olup tıkınırcasına yeme bozukluğundan muzdarip olanların en az yüzde 64'ü kadındır (Forman, 2017; NIMH, 2017). Ek olarak bu örüntüyü oluşturan tıkınmalar özellikle yenen yiyecek miktarı ve tıkınırcasına yeme sırasında bireylerin deneyimlediği kontrol kaybı başta olmak üzere bulimia nervozadakine benzerdir. Ayrıca bulimia nervoza veya anoreksiya nervozası olan kişiler gibi tıkınırcasına yeme bozukluğu olanlar da tipik olarak yemek, kilo ve görünümle aşırı bir uğraşı içerisinde olurlar, kendilik değerlendirmelerini büyük ölçüde ağırlıklarına ve vücut şekillerine dayandırma eğilimindelerdir, genellikle vücut ölçülerini yanlış algılarlar ve vücutlarından memnun olmazlar, çoğu zaman depresyon, kaygı ve mükemmeliyetçilik duyguları baskındır ve bu kişilerde madde kötüye kullanımı görülebilir (NIMH, 2017; Sysko & Devlin, 2017). Öte yandan tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler az yemek istemelerine rağmen zayıflık için anoreksiya nervoza ve bulimia nervozada olduğu uğraşmazlar. Diğer yeme bozukluklarından farklı olarak tıkınırcasına yeme bozukluğu, aşırı diyet yapma sonucunda ortaya çıkmaz ve bu bozukluk, tipik olarak diğer yeme bozukluklarından daha ileri yaşlarda başla eğilimindedir. Çoğu zaman yirmili yaşlarda başlamaktadır (Forman, 2017; NIMH, 2017).

## #İklim kontrolü

Sıcak iklimlerde yaşayan (daha açık giyinen kıyafetlerin giyildiği) kadınlar, daha soğuk iklimlerdeki kadınlara göre daha düşük kiloya, daha fazla tıkınırcasına yeme ve kusma örüntüsüne sahiptir ve daha fazla beden imajına dair endişe taşırlar (Delgado, 2018; Paulk ve diğ., 2014; Sloan , 2002).

## ...ÖZETLE

**TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU** Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, yeme davranışlarını kontrol edemedikleri ancak sonrasında telafi edici davranışlar sergilemedikleri, sık tıkınırcasına yeme atakları yaşarlar. Kilolu insanların çoğu tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip olmasa da tıkınırcasına yeme bozukluğu olanların yarısı aşırı kilolu olma eğilimindedir. Nüfusun yüzde 2 ila 7'si tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahiptir.

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastaları gibi tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler de yiyeceklerle meşgul olma, vücut ölçülerini yanlış algılama, beden memnuniyetsizliği yaşama ve olumsuz duygular yaşama eğilimindedir. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan farklı olarak bu bozukluk çoğu vakada 20 yaşından sonra başlar.

# Yeme Bozukluklarına Neler Sebep Olur?

Günümüz kuramcı ve araştırmacılarının çoğu, yeme bozukluklarını açıklamak için çok boyutlu risk yaklaşımını kullanır. Yani bir kişide bu bozukluklar açısından risk oluşturan birkaç anahtar faktör tanımlarlar (Stice & Desjardins, 2018; Stice ve diğ., 2017). Genel olarak bu faktörlerden ne kadar çoğu mevcut olursa bir kişinin yeme bozukluğu geliştirmesi o kadar olasıdır. Yeme bozuklukları için çok boyutlu risk yaklaşımı, gelişimsel psikopatoloji bakış açısı kadar spesifik değildir ancak birçok ilkede ortaklaşırlar. Diğer deyişle yeme bozukluklarındaki i risk faktörlerinin gelişimsel süreç boyunca ortaya çıktığını, bu faktörler arasındaki etkileşimlerin kilit rol oynadığını ve farklı risk faktörleri ile bu faktörlerin kombinasyonlarının aynı tür yeme bozukluğuna yol açabileceğini savunurlar (Stice & Desjardins, 2018; Stice ve diğ., 2017).

Birazdan göreceğiniz gibi bahsi geçen ve araştırılan risk faktörlerinin çoğu anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza merkezli faktörlerdir. Daha yakın bir dönemde ve klinik bir sendrom olarak tanımlanan tıkınırcasına yeme bozukluğu ancak şimdi geniş çapta araştırılmaktadır. "Henüz yeni" tanımlanmış olan bu bozuklukta da rol oynayan faktörler, muhtemelen önümüzdeki yıllarda netlik kazanacaktır.

## Psikodinamik Faktörler: Ego Savunmaları

Yeme bozukluklarının araştırılması ve tedavisinde öncü olan Hilde Bruch'dan bu bölümün başlarında bahsedilmişti. Bruch, bu bozukluklara ilişkin büyük ölçüde psikodinamik açıklamalara dayanan bir kuram geliştirdi. Örselenmiş anne-çocuk etkileşimlerinin çocukta ciddi *ego zayıflıklarına* (bağımsızlık ve kontrol duygusunun zayıf olması dahil) ve beraberinde yeme bozukluğunun oluşmasına zemin hazırlayan ciddi *algısal bozukluklara* yol açtığını savundu (Treasure & Cardi, 2017; Bruch, 2001, 1991, 1962).

Bruch'a göre ebeveynlerin çocuklarına karşı tepkileri etkili ya da etkisiz olabilir. *Etkili ebeveynler*; çocuklarının biyolojik ve duygusal ihtiyaçlarını tam olarak karşılar, acıktıkları zaman ağladıklarında onlara yiyecek verir, korkudan ağladıklarında ise rahatlamalarını sağlar. Bunun aksine *etkisiz stratejiler sergileyen ebeveynler* ise çocuklarının mevcut durumunu doğru bir şekilde yorumlamaksızın çocuklarının aç, üşümüş veya yorgun olduğuna dair bir karara varır ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamada tam olarak başarılı olamazlar. Çocukları açlıktan çok sıkıntı veya endişe hissediyor veya duygusal olarak destek bekliyorken verdikleri olumsuz tepkileri gidermek için çocuklarını beslemeye çalışabilir veya endişeli değil de yorgun olduklarında ise onları sakinleştirmeye çalışabilirler. Böyle ebeveynlere sahip çocuklar, aç ya da tok olduklarını ayırt edemeden ve duygularını tanımlayamayacak şekilde kendi içsel ihtiyaçlarının farkında olmadan ve akılları karışık bir şekilde büyüyebilirler.

Bu çocuklar içlerinden gelen sinyallere güvenemedikleri için ebeveynleri gibi dış rehberlere yönelirler. "Örnek çocuklar" gibi görünseler de gerçek bir özgüven geliştiremezler ve "kendi bedenlerine sahip olamadıkları gibi davranışlarını, ihtiyaçlarını ve dürtülerini kontrol edemediklerini deneyimlerler" (Bruch, 1973, s. 55). Ergenlik dönemiyle birlikte bağımsızlık temel arzusu artar ancak bunu yapamayacaklarını hissederler. Bu çaresizlik duygularının üstesinden gelmek için vücut ölçüleri, beden şekilleri ve yeme alışkanlıkları üzerinde aşırı kontrol sağlamaya çalışırlar. Bruch'un, 18 yaşındaki danışanı Helen, bu tür ihtiyaçları ve çabaları şöyle ifade etmiştir:

> *Garip bir çelişki var: Herkes senin çok iyi ve harika olduğunu düşünüyor ama asıl problem, senin hala yeterince iyi olmadığını düşünmen. İnsanların sizden yapmanızı beklendiğine inandığınız şeyi yeterince iyi yapamamaktan korkuyorsunuz. Tek bir büyük korkunuz var: o da sıradan, ortalama ya da sadece yeterince iyi değil, alelade olma korkusu. Bu tuhaf diyet, böyle bir kaygıyla birlikte başlar. Kontrolün sizde olduğunu, yapabileceğinizi kanıtlamak istersiniz. İşin tuhaf yanı, bu durumun kendinizi iyi hissetmenizi sağlaması, "Bir şeyleri başarabilirim.", "Kimsenin yapamadığını ben yapabilirim." hissini sizde uyandırması.*
>
> *(Bruch, 1978, s. 128)*



Barcroft Media via Getty Images



Barcroft Media via Getty Images

**Aşağıya doğru giden sarmal** Victoria's Secret modeline benzemek isteyen Avustralyalı genç Christie Swadling, sağlıklı bir kiloya sahip bir biriyken 2015 yılında anoreksiya nervozadan muzdarip 70 pauntluk (Yaklaşık 31,75 kilograma karşılık gelmektedir.) birine dönüşmüştü. Şimdi artık iyileşti, sosyal medyada düzensiz yemenin tehlikeleri hakkında konuşmalar yapıyor.




David Sipress/The New Yorker Collection/
www.thecartoonbank.com

*Kaygın için hangisini yersin?*

Klinik yayınlar ve araştırmalar Bruch'un kuramını kısmen desteklemektedir (Treasure & Cardi, 2017; Holtom-Viesel & Allan, 2014). Klinisyenler, yeme bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinin, çocukların kendi ihtiyaçlarını tanımlamasına izin vermek yerine çocuklarının ihtiyaçlarını onlardan bağımsız olarak belirleme eğiliminde olduklarını gözlemlemişlerdir (Ihle ve diğ., 2005). Bruch, anoreksiya nervozası olan 51 çocuğun anneleriyle yaptığı görüşmeler sonucunda annelerin birçoğu çocukları küçükken onların ihtiyaçlarını her zaman "öngördüklerini" ve çocuğun asla "aç hissetmesine" izin vermediklerini gururla anlatmışlardır (Bruch, 1973).

Yapılan bir araştırma ayrıca Bruch'un yeme bozukluğu olan kişilerin duygusal ipuçları da dâhil olmak üzere içsel ipuçlarını yanlış algıladıklarına dair görüşünü desteklemiştir (Treasure & Cardi, 2017). Örnek olarak yeme bozukluğuna sahip olan katılımcılar kendilerini endişeli veya üzgün hissettiklerinde birçoğu yanlışlıkla kendilerinin aynı zamanda aç olduğunu düşünür ve açken yapılabilecek şeyi yapmaya yönelirler, yemek yemek. Son olarak araştırmalar; Bruch'un yeme bozukluğu olan kişilerin başkalarının fikirlerine, isteklerine ve görüşlerine aşırı derecede dayandıkları argümanını desteklemektedir (Treasure & Cardi, 2017) (bk. ***AKIL ve TEKNOLOJİ***).

## Bilişsel Davranışçı Faktörler

Bruch'un yeme bozukluklarına ilişkin yaptığı açıklamalara yakından bakarsanız *bilişsel-davranışçı* bazı görüşler içerdiğini görürsünüz. Örneğin yetersiz ebeveynliğin bir sonucu olarak yeme bozukluğu olan kişilerin içsel duyumlarını ve ihtiyaçlarını yanlış bir şekilde adlandırdıklarını, genellikle yaşamları üzerinde çok az kontrol hissettiklerini ve buna karşılık vücut ölçüleri, vücut biçimleri ve yeme alışkanlıkları üzerinde aşırı düzeyde kontrol sahibi olmak istediklerini ileri sürmüştür. Bilişsel-davranışçı teorisyenlere göre bu eksiklikler, yeme bozukluğunun merkezinde yatan yaygın bir bilişsel çarpıtmaya katkıda bulunur yani anoreksiya nervoza ve bulimia nervozaya sahip olanlar kendilerini özellikle vücut biçimlerine, kilolarına ve bunları kontrol etme yeteneklerine göre değerlendirirler (Mitchell, 2018; Fairburn ve diğ., 2015, 2008). Bilişsel-davranışçı kuramcılara göre bu "temel patoloji", kilo verme çabalarının tekrarlanması ile biçim, kilo ve yemekle meşgul olma dahil olmak üzere bozuklukların diğer tüm alanlarına katkıda bulunur.

Bu bölümün başında gördüğünüz gibi araştırmalar yeme bozukluğu olan kişilerin gerçekten de bu tür bilişsel kusurlara sahip olduğunu gösteriyor (Klein & Attia, 2017). Çalışmalar bu kusurların yeme bozukluklarına neden olup olmadığını tam olarak bir açıklığa kavuşturmasa da birçok bilişsel-davranışçı terapist bu varsayımdan hareket ederek bozuklukların tedavisinde danışanın bilişsel çarpıtmalarını ve buna eşlik eden davranışlarını düzeltmeye odaklanır. Yakında göreceğiniz gibi bilişsel-davranışçı terapiler, yeme bozuklukları için yaygın olarak kullanılan tüm tedaviler arasında yer almaktadır (Mitchell, 2018; Fairburn ve diğ., 2015, 2008).

## Depresyon

Başta bulimia nervoza olmak üzere yeme bozukluğu olan birçok kişide depresyon belirtileri görülmektedir (Klein ve Attia, 2017). Bu bulgu, bazı teorisyenlerin depresif bozuklukların varlığının yeme bozuklukları için zemin hazırladığını öne sürmelerine yol açmıştır.

Kuramcıların bu iddiaları dört çeşit kanıtla desteklenmektedir. Birincisi, yeme bozukluğu olan çok sayıda insan, genel popülasyondan daha fazla klinik majör depresif bozukluk ölçütlerini tanı alacak düzeyde karşılamaktadır. İkincisi, yeme bozukluğu olan kişilerin yakın akrabalarında, bu tür bozuklukları olmayan kişilerin yakın akrabalarından daha yüksek oranda depresif bozukluk görülmektedir. Üçüncüsü,

### #ÖzlüSözler

"Kadın olarak doğmak, bilmek demektir -Okulda bundan bahsetmeseler de- Kadınlar güzel olmak için çaba sarf etmek zorunda olduğunu bilir."

W. B. Yeats, 1904

AKIL VE TEKNOLOJİ

## İnternetin Karanlık Yönleri

Ruh sağlığı uzmanları ve araştırmacıları, psikolojik bozukluklarla yüz yüze görüşmelerle, dergi ve kitaplarla ve ayrıca çevrim içi olarak mücadele etmeye çalışırlar. Ne yazık ki bugün, bu profesyonellerin çalışmalarına gölge düşüren daha başka -daha olumsuz- güçler de vardır. En yaygın olanları arasında, klinik alandaki uzmanların ve toplumun çoğunun anormal ve yıkıcı olarak gördüğü davranışları teşvik etmeyi amaçlayan İnternetteki karanlık siteler yer almaktadır. *Proanoreksiya sayfaları*, bu olgunun başlıca örneğidir.

İyimser tahminlere göre bugün "zayıf olmak için ölmek" ve "mükemmellik için açlıktan ölmek" gibi isimlerle açılmış ve anoreksiyayı öven 600'den fazla internet sitesi bulunmakta (Yom-Tov, 2018, 2016). Bu siteler çoğunlukla yeme bozukluğunu insanlaştıracak şekilde bir kadın ismi olan Ana'nın kullanıldığı pro-Ana olarak adlandırılmaktadır. Bu sayfaların bazılarında anoreksiye nevroza (ve bulumia nevroza) bir psikolojik problem olarak değil, bir yaşam tarzı olarak tanımlanırken diğerleri anoreksik belirtileri olan kişiler için yargısız sayfalar olarak kendilerini tanımlamaktadır. Öyle ya da böyle adı geçen bu sayfalar, son derece popülerdir ve "iyileştirme yanlısı" olan Web sitelerinden sayıca fazla görünmektedir.

Bu sayfaları takip eden pek çok kullanıcı, kendilerini nasıl aç bırakabileceklerine ve kaybettikleri kiloları ailelerinden, arkadaşlarından ve doktorlarından nasıl saklayabileceklerine dair ipuçlarını birbirleriyle paylaşmaktadır (Boepple & Thompson, 2016; Griffiths ve diğ., 2015). Bu siteler ayrıca ölüm orucundaki kişilere de destek ve geri bildirim vermektedir. Birçoğu, "thinspiration" (zayıflık için ilham kaynağı) olarak adlandırdıkları, son derece zayıf aktrislerin ve mankenlerin sloganlarını, duygusal mesajlarını, fotoğraflarını ve videolarını paylaşmaktadır. 7. Bölüm'de okuduğunuz intihar-yanlısı internet sayfalarında olduğu gibi Ana yanlısı harekete dair mesajlar, forumlar ve sohbet gruplarında, Fecabook, Tumblr ve LiveJournal gibi sosyal ağ platformları ile YouTube ve Vimeo gibi video kanallarında paylaşılmaktadır (Branley & Covey, 2017). Pek çok sosyal medya platformu, Ana-yanlısı grupları ve onlara dair paylaşımları taramaya ve silmeye çalışmaktadır. Örneğin birkaç yıl önce Instagram, kendine zarar vermeyi yücelten hashtag'leri yasakladı ve bu hesapları donduracağını duyurdu. Yine de bunca çabaya rağmen Ana yanlısı sayfalar ve mesajları yayılmaya devam ediyor.

**Yeme bozukluklarını teşvik etmenin yanı sıra Ana yanlısı sitelerin, kullanıcıları için potansiyel risk oluşturabileceği başka alanlar da olabilir mi?**



Jean Claude Moschetti/REA/Redux

Araştırmalar, genelde bu sitelere düzenli olarak giren kişilerin, pek çok kez ziyaret ettikten sonra beden memnuniyetsizliklerinde ve depresyonlarında artış, daha fazla diyet yapma, yemenin daha çok bozulması ve kendine zarar verme girişimlerinde artış olduğunu desteklemektedir (Yom-Tov, ve diğ., 2018, 2016; Rodgers ve diğ.,2016). Bu durum uzmanları ve aileleri endişelendirmektedir.

Birçok kişi, Ana yanlısı sitelerin hassas gruplar için daha büyük risk oluşturduğundan endişe duyuyor ve sitelerin yasaklanması için daha herkesin daha aktif bir çaba göstermesi çağrısında bulunuyorlar. Diğerleri ise her ne kadar zarar verme olasılığını barındırsa da bu sitelerin ihlal edilmemesi gereken en temel özgürlükleri (örneğin ifade özgürlüğü hatta belki de kişinin kendine zarar verme özgürlüğünü) savunduğu görüşünü desteklemektedir.

birazdan göreceğiniz gibi, yeme bozukluğu olan birçok kişinin depresyonla ilişkili beyin devresi, depresyonda olan kişilerinkine benzer anormallikler gösterir ve son olarak yeme bozukluğu olan kişilerde bazen antidepresan ilaçlar işe yarar. Elbette bu bulgular, depresyonun yeme bozukluklarına neden olabileceğini düşündürse de başka açıklamalar da mümkündür. Örneğin yeme bozukluğuna sahip olmanın getirdiği baskı ve yarattığı sıkıntı da depresyona neden olabilir.

## Biyolojik Faktörler

Biyolojik araştırmalar yapan teorisyenler, yeme bozukluklarıyla özellikle ilişkili olabilecek bazı genlerden şüphelenmektedir (Mayhew ve diğ., 2018; Bulik, Kleiman, & Yilmaz, 2016). Bu düşünceyle tutarlı olacak şekilde yeme bozukluğu olan kişilerin akrabalarında bozukluğun ortaya çıkma olasılığı diğer insanlara göre altı kat daha


© Penni Gladstone/San Francisco Chronicle/Polaris

**Laboratuvarda obezite** Biyolojik kuramcılar, bazı genlerin yeme bozukluklarında rol oynayabileceğine inanmaktadır. Bu görüşü desteklemek içi araştırmacılar, bazı genlerin bulunmadığı mutant ("knockout") fare yarattılar. Soldaki fare obeziteye yol açtığı düşünülen genin olmadığı zayıf fare, sağdaki ise aynı genin korunduğu obez fare.

fazladır. Dahası, eğer tek yumurta ikizlerinden birisinde yeme bozukluğu görülürse diğer ikizde de bozukluğun görülme olasılığı %70'tir. Genetik benzerlikleri daha az olan ayrı yumurta ikizlerinde bu oran %20'dir. Benzer şeklide bulumia nervozada tek yumurta ikilerinde bulumianın her iki kardeşte de görüşme oranı yüzde 23 iken bu oran ayrı yumurta ikizlerinde 9 olarak belirlenmiştir (Kendler ve diğ., 2018, 1995, 1991; Thornton, Mazzo, & Bulik, 2011).

Biyolojik araştırmacıların dikkatini çeken bir faktör, yeme bozukluğu olan kişilerde *işlevsel olmayan beyin devrelerinin* olası rolüdür (Monteleone ve diğ., 2018). Bu kitap boyunca okuduğunuz gibi bir beyin devresi belirli bir davranışsal, bilişsel veya duygusal reaksiyon üretmek için birbirlerini tetikleyerek bir arada çalışan beyin yapıları arasındaki ağı tanımlar (bk. sayfa 38-39). Araştırmalar yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve depresif bozukluklarla bağlantılı her bir devredeki işlev bozukluklarının, yeme bozukluğu olan kişilerde de bir dereceye kadar etkili olduğunu göstermektedir (Donnelly ve diğ., 2018; Foerde ve diğ., 2015; Frank ve diğ., 2013). Örneğin yeme bozukluğu olan bireyler arasında *insula* (kaygı ile ilgili devredeki bir yapı) normalden daha büyük ve aktif, *orbitofrontal korteks* (obsesif kompulsif belirtiler ile ilgili devredeki bir yapı) alışılmadık ölçüde büyük, *striatum* (obsesif kompulsif bozuklukla ilişki bir diğer beyin devresi) aşırı aktif ve *prefrontal korteks* (anksiyete, obsesif kompulsif belirtiler *ve* depresyonla ilişkili devrelerdeki bir yapı) alışılmadık ölçüde küçüktür. Benzer şekilde serotonin, dopamin ve glutamat (kaygı ile ilgili, obsesif kompulsif ile ilgili ve depresyon ile ilgili anahtar nörotransmiterler) aktivite düzeyleri, yeme bozukluğu olan kişilerde normalin dışındadır (Godlewska ve diğ., 2017).

Bazı araştırmacılar, tüm bu bulgular göz önüne alındığında ilgili beyin devresinin içinde ya da devreler arasında var olan işlev bozukluklarının birleşiminin yeme bozukluklarına neden olduğunu ileri sürmektedir. Ancak araştırmaların henüz yolun daha çok başında olduğu düşünüldüğünde ilgili beyin devrelerindeki işlev bozukluklarının bir neden değil, aslında yeme bozukluklarının bir sonucu olması da mümkün olabilir (Forman, 2017). Diğer bir olasılık ise bu devrelerde gözlemlenen işlev bozukluklarının yeme bozukluğuna sahip olan birçok kişinin aynı zamanda kaygı, obsesif kompulsif ve/veya depresif bozukluklardan da muzdarip olabileceğine işaret etmesidir (Engel ve diğ., 2017; Klein & Attia, 2017).

Son olarak bir dizi biyolojik kuramcı yeme bozukluklarının nedeni olarak beynin özellikle bir bölgesine, birçok bedensel işlevi düzenleyen bir yapı olan **hipotalamusa** odaklanmaktadır (Gao ve diğ., 2017; Tandon ve diğ., 2017). Araştırmacılar hipotalamusta, yemeyi kontrol etmeye yardımcı olan iki ayrı alan tanımlamışlardır. Bunlardan ilki, aktif hâle geldiğinde açlık hissi yaratan **lateral hipotalamustur** (LH). Bir laboratuvar deneyinde, hayvanının LH'si elektriksel olarak uyarıldığında yakın zamanda beslenmiş olsa bile hayvan yemek yemeye yönelmektedir. Bunun aksine başka bir alan olan **ventromedial hipotalamus (VMH)**, aktifleştiğinde açlık hissini azaltır. VMH elektriksel olarak uyarıldığında laboratuvar hayvanları yemek yemeyi bırakmaktadır.

Hipotalamus ve ilgili beyin yapılarının bahsedilen bu alanları, kişinin yeme durumuna bağlı olarak beyinden ve vücuttan gelen kimyasallar tarafından tetiklenir. Doğal iştah kapatıcı olarak işlev gören bu beyin kimyasallarından birisi, *glukagon benzeri peptid-1*'dir *(GLP-1)* (Harada ve diğ., 2017; Dossat ve diğ., 2014). Bir grup araştırmacı; deney sıçanlarının beyinlerine GLP-1 enjekte ettiğinde verilen bu kimyasal, hipotalamustaki reseptörlere ulaşmış ve sıçanlar 24 saat boyunca yemek yememiş olsalar bile neredeyse tamamen yiyecek alımlarını durdurmuştur. Tersine "tamamen doymuş" durumdaki sıçanlara, hipotalamustaki GLP-1 reseptörünü engelleyen bir madde enjekte edildiğinde, yiyecek alımlarının iki katın üstüne çıktığı görülmüştür.

Bazı araştırmacılar, hipotalamus ilgili beyin yapıları ve GLP-1 gibi kimyasalların bir arada çalışmasının, bir kişinin belirli bir ağırlık düzeyinde (**ağırlık noktası**) tutulmasından sorumlu olan bir "ağırlık termostatı" gibi işlev gösterdiğine inanmaktadır. Genetik aktarım ve erken dönemdeki yeme deneyimlerinin, ağırlık noktasının belirlenmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (YU, 2017; Chhabra ve diğ., 2016). Bir kişinin kilosu bu ayar noktasının altına indiğinde LH ve bazı diğer beyin alanları tetiklenir ve bir yandan kaybedilen kiloyu yeniden kazanmak için açlık hissi oluştururken bir yandan da vücudun enerji harcadığı hız olan metabolik hızını azaltır. Bir kişinin ağırlığı, ağırlık noktasının üstüne çıktığında VMH ve diğer bazı beyin alanları etkinleşir, açlığı bastırarak ve metabolik hızı arttırarak fazla ağırlık dengelenmeye çalışılır.

**hipotalamus** Yemek ve açlık da dâhil olmak üzere çeşitli beden fonksiyonlarını düzenleyenbeyin bölgesi.

**lateral hipotalamus (LH)** Aktive olduğunda açlık hissi yaratan beyin bölgesi.

**ventromedial hipotalamus (VMH)** Aktive olduğunda açlığı baskılayan beyin bölgesi.

**ağırlık noktası** Bir kişinin sürdürmeye yatkın olduğu, kısmen hipotalamus tarafından kontrol edilen ağırlık seviyesi.

Ağırlık noktası kuramına göre kişiler diyet yapıp ağırlık noktalarının altına düştüğünde beyin kaybedilen kiloyu geri kazanmak için harekete geçer. Hipotalamik ve ilişkili beyin işlevleri yemekle aşırı meşgul olmayı sağlar ve tıkınma isteğini uyandırır. Aynı zamanda bu beyin aktivitesi kilo vermeyi zorlaştıran ve çok az besin alınsa dahi kilo alımını kolaylaştıran bedensel değişiklikleri de tetikler (Yu, 2017; Chhabra ve diğ., 2016). Beyin ve vücut bu şekilde kilo almaya yol açan bir komplo kurmaya başladığında diyet yapan kişiler aslında kendileriyle bir savaşa girerler. Görünüşe göre bazıları, içsel "termostatlarını" kapatmayı başarılır ve yeme kontrollerini neredeyse tamamen sürdürebilirler. Bu kişilerde tablo kısıtlayıcı tip anoreksiya nervozaya doğru ilerler. Diğerleri için bu savaş, yeme kusma veya yalnızca tıkınırcasına yeme modeline doğru evrilir. Ağırlık noktası teorisi klinik alanda önemli tartışmalara yol açsa da hâlen pek çok teorisyen ve uygulamacı tarafından kabul görmektedir.

## Toplumsal Baskı

Yeme bozuklukları Batı toplumlarında, dünyanın geri kalanındaki diğer ülkelere göre daha yaygındır. Pek çok kuramcı, Batılı toplumlarda kadın çekiciliğine dair standartların bozukluğun yayılmasında kısmen etkisinin olduğuna inanmaktadır (Forman, 2017; MacNeill & Best, 2015). Batılı kadın güzelliği standartları son 60 yılda inceliğin vurgulandığı bir kadın tercihine doğru gözle görülür şekilde tarih boyunca değişti. Örneğin yirminci yüzyılın ikinci yarısı boyunca yürütülen "öncü" nitelikteki bazı araştırmalar, *Playboy* dergisinin orta sayfa sayfa modellerinin ve Miss America Pageant yarışmacılarının kiloları ile göğüs ve kalça ölçülerini takip etmiştir. Bu ölçümlerde şimdiki yüzyıla uzanan, yıldan yıla istikrarlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Gilbert ve diğ., 2005; Garner ve diğ., 1980).

**Yeme bozukluklarının, kadınların kişisel yaşamlarında karar verme konusunda özgür olmadıkları toplumlarda daha az görülmesini nasıl açıklarsınız?**

Zayıflık özellikle sanatçılar, mankenler ve bazı sporcuların alt kültürlerinde özellikle önem verilen bir kavram olduğu için bu gruplara mensup kişilerin kiloları konusunda özellikle endişe duymaları ve/veya eleştirilmeleri muhtemeldir. Örneğin popüler şarkıcı ve rapçi Kesha, yeme bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gördükten sonra şunları söylemiştir: "Müzik endüstrisi, bir vücudun nasıl görünmesi gerektiğine dair gerçekçi olmayan beklentiler oluşturdu ve bu yüzden bedenimi aşırı derecede eleştirmeye başladım." (Sebert, 2014)

Araştırmalar; sanatçıların, modellerin ve sporcuların gerçekten de anoreksiya nervoza ve bulimia nervozaya diğerlerinden daha yatkın olduğunu bulmuştur (Forman, 2017). Aslında bu tür mesleklerde çalışan birçok ünlü genç kadın, yıllar içinde büyük ölçüde düzensiz yeme alışkanlıkları olduğunu itiraf etti. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversitelerde sporcularla yapılan araştırma sonuçları, kadın sporcularının yüzde 9'undan fazlasının bir yeme bozukluğuna sahip olduğunu ve en az yüzde 33'ünün yeme bozukluğu için risk oluşturabilecek yeme örüntülerinin olduğunu ortaya koymuştur (Ekern, 2018; Van Durme ve diğ., 2012). Bazı tahminlere göre jimnastikçilerin yüzde 20'si bir yeme bozukluğuna sahip olabilir.

Zayıflığa yönelik tutumlar, yeme bozukluğu oranlarındaki ekonomik farklılıkları açıklamaya da yardımcı olabilir. Geçmişte üst sosyoekonomik sınıflardaki kadınlar, alt sosyoekonomik sınıflardaki kadınlara göre zayıflık ve diyet yapma konusunda daha fazla endişe duyuyorlardı (Margo, 1985). Buna bağlı olarak anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza, daha yüksek sosyoekonomik statüdeki kadınlar arasında daha yaygındı (Foreyt ve diğ., 1996; Rosen ve diğ., 1991). Bununla birlikte son yıllarda hem yeme bozukluklarının yaygınlığı hem de diyet yapma ve zayıflıkla meşgul olma, tüm sosyoekonomik sınıflarda bir dereceye kadar artmıştır (Javier, Moore ve Belgrave, 2016).

Batı toplumu sadece zayıflığı yüceltmekle kalmaz, aynı zamanda aşırı kilolu insanlara karşı da bir ön yargı iklimi yaratır (Brewis, SturtzSreetharan ve Wutich, 2018). Etnik köken, ırk ve cinsiyete dayalı hakaretler tabu olarak kabul edilirken internette, televizyonda ve filmlerde, kitaplarda ve dergilerde aşırı kilo hakkında acımasız şakalar yapmak neredeyse standart bir yaklaşımdır. Araştırmalar obez insanlara karşı

### #ÖzlüSözler

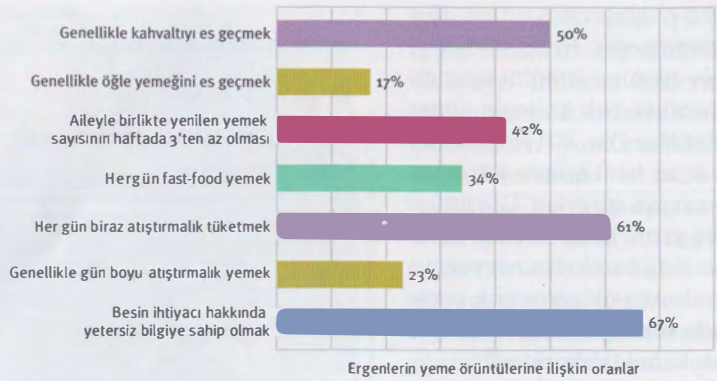
"Hiçbir şeyin tadı, zayıf hissetmek kadar güzel değildir."

Kate Moss, model



Paul J. Kolnik

**Tehlikeli meslekler** Bazı meslekler -mankenlik, dansçılık, oyunculuk ve sporculuk- zayıf olmaya prim verir ve bu nedenle bu meslekleri yapan kişileri yeme bozuklukları açısından risk altına sokar. Ünlü balerin Jennifer Ringer, (Buradaki fotoğrafta The Nutcracker balesinde oynuyor.) New York City Balesi'nde baş dansçı olarak sürdürdüğü başarılı kariyeri öncesinde ve sırasında yeme bozukluklarıyla yaşadığı mücadeleyi, yakın tarihli bir otobiyografisi olan *Dancing Throughout*'ta anlattı.




Ergenlerin yeme örüntülerine ilişkin oranlar

FİGÜR 9-2

### Ergence yeme Nedir?

Araştırmaya göre gençlerin genelde sağlıklı yeme alışkanlıkları yoktur ve aslında kötü beslenirler. Ergenlerin çoğunluğunun yeterli besin alabilmeleri için gereken beslenme önerilerini dikkate almamasına çok da şaşmamak gerek (Bilgi kaynağı: Demory-Luce & Motil, 2018; Lehman, 2016; CDC, 2015; Johnson, 2011; Sebastian ve diğ., 2010).

gösterilen ön yargının, derinlere uzandığını göstermektedir (Grilo ve diğ., 2005). Kendilerine tombul bir çocuk resminin yanı sıra orta kilolu veya zayıf bir çocuğun resimleri gösterilen anne baba adayları; ilk resimdeki çocuğu, ikincisinden daha az arkadaş canlısı, enerjik, zeki ve arzu edilir olarak değerlendirmiştir. Başka bir çalışmada ise, tombul ve ince bir bez bebek arasında seçim hakkı verilen okul öncesi çocuklar, nedenini söyleyemeseler de ince olanı olan bebeği seçmişlerdir. Bu sonuçlar göstermektedir ki özellikle kızlar arasında bir yeme bozukluğu görülen 12 yaşın altındaki çocukların sayısının artması şaşırtıcı değildir (Ekern, 2018; NIMH, 2017).

Bu eğilimler göz önüne alındığında ergenlik dönemindeki 248 kızla yapılan bir araştırmanın, yeme bozuklukları ve beden memnuniyetsizliği ile sosyal ağ, internet kullanımı ve televizyon izleme arasında doğrudan bağlantı kurması tamamen şaşırtıcı değildir (Latzer, Katz ve Spivak, 2011). Anket, Facebook'ta daha fazla zaman geçiren katılımcıların yeme bozuklukları geliştirme, olumsuz beden imajına sahip olma, işlevsiz şekillerde yemek yeme ve diyet yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (bk. Şekil 9-2). Moda ve müzik sayfaları ile televizyondaki magazin ve eğlence programlarını daha fazla izleyenler de benzer eğilimler göstermiştir.

## Aile Ortamı

Aileler yeme bozukluklarının gelişmesinde ve sürmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (Cerniglia ve diğ., 2017). Araştırmalar, anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza hastalarının ailelerinin neredeyse yarısının aile yaşamları boyunca zayıflığı, fiziksel görünümü ve diyeti vurgulayan bir tutumları olduğunu göstermiştir. Aslında bu ailelerdeki annelerin diğer ailelerdeki annelere göre kendilerinin de diyet yapmaları ve genel olarak mükemmeliyetçi bir tarzlarının olması da daha olasıdır (Zerbe, 2017, 2008; Woodside ve diğ., 2002). 16 yaşındaki Tina, yeme bozukluğunun kökenleri hakkındaki görüşünü şöyle anlatıyor:

> *Ben çocukken, diyelim ki 6 ya da 7 yaşındayken, annem ve ben sürekli eczaneye giderdik. Kiloluydu ve kilo vermeye dair okumadığı kitap ve dergi kalmadı. Okuldan eve geldiğimde ne zaman konuşmaya başlasak konu neredeyse hep diyet ve kilo vermeye gelirdi... Ona arkadaşlık etmek için ben de annemle birlikte diyet yapmaya başladım... Benim yeme bozukluğum annemin tedavisiydi... Anoreksiya olduğumdan beri diyetler hakkında konuşmayı bıraktık ve şimdi artık ne hakkında konuşabiliriz bilmiyorum.*
>
> *(Zerbe, 2008, s. 20-21)*

Bir aile içindeki anormal etkileşimler ve iletişim biçimleri de yeme bozukluğuna zemin hazırlayabilir (Cerniglia ve diğ., 2017). Aile sistemleri kuramcıları, yeme bozukluğu olan kişilerin öncelikle işlevsiz aile yapısına sahip olduğunu ve kişide ortaya çıkan yeme bozukluğunun daha büyük sorunun bir yansıması olduğunu savunurlar. Örneğin önemli aile teorisyenleri arasında yer alan Salvador Minuchin, **iç içe geçmiş bir aile düzeni**nin genellikle yeme bozukluklarına yol açtığını ileri sürmektedir (Minuchin ve diğ., 2017, 2006).

İç içe geçmiş bir aile sisteminde aile üyeleri birbirlerinin işlerine çok fazla dâhil olurlar ve birbirlerinin hayatlarının ayrıntılarıyla aşırı ilgilenir. Bunun olumlu tarafı, iç içe geçmiş ailelerin sevecenlik ve güçlü aile bağlarının olma ihtimalidir. Olumsuz tarafı ise ayrışmaya izin vermiyor olabilir ve bağımlılığı teşvik edebilirler. Ebeveynler, bireysellik ve bağımsızlık için alan tanımayarak çocuklarının hayatlarına fazlasıyla dâhil olurlar. Minuchin, ergenliğin bu aileler için özel bir sorun teşkil ettiğini savunmuştur. Ergende doğal olarak ortaya çıkan bağımsızlık çabası, ailenin

**iç içe geçmiş aile yapısı** Aile üyelerinin birbirlerinin işlerine fazlaca dâhil oldukları ve birbirlerinin refahıyla aşırı derecede ilgilendikleri bir aile sistemidir.

görünürdeki uyumunu ve yakınlığını tehdit eder. Buna karşılık aile, çocuğu "hasta" bir rol üstlenmeye, yeme bozukluğu veya başka bir hastalığa doğru itebilir. Çocukta ortaya çıkan bozukluk, ailenin uyum içindeymişçesine olan görünümünü korumasını sağlar. Hasta bir çocuğun ailesine ihtiyacı vardır ve aile üyeleri onu korumak için harekete geçebilir. Bazı çalışmalar bu tür aile sistemleri açıklamalarını desteklese de (Cerniglia ve diğ., 2017) belirli aile kalıplarının tutarlı bir şekilde yeme bozukluklarının gelişimine zemin hazırladığı görüşünü destekleyecek kanıtlar sünamamışlardır.

## Çok Kültürlü Faktörler: Irksal ve Etnik Farklılıklar

1995'te farklı ırklara sahip varlıklı ailelerden gelen, erkeklerle ilgili konulardan okuldaki çalışmalara kadar her konuda benzer zevklere, inançlara ve değerlere sahip oldukları genç arkadaşlar Cher ve Dionne'nin hikâyesini ele alan *Clueless* adlı popüler bir film vardı. Özellikle ikisinin yeme alışkanlıkları ve güzellik idealleri de birbirlerininkine çok benzerdi hatta neredeyse aynı kilo ve fiziksel görünüşe sahiplerdi. Acaba bu genç kadınların hikâyesi, toplumdaki Hispanik olmayan beyaz Amerikalı ve Afrikalı Amerikalı kadınların gerçek hikayelerin yansıtıyor mu?

**Batı toplumundaki genç kızlar ve kadınlar, bazı yeme ve görünüş sorunlarıyla uğraşmaya mahkûm mu?**

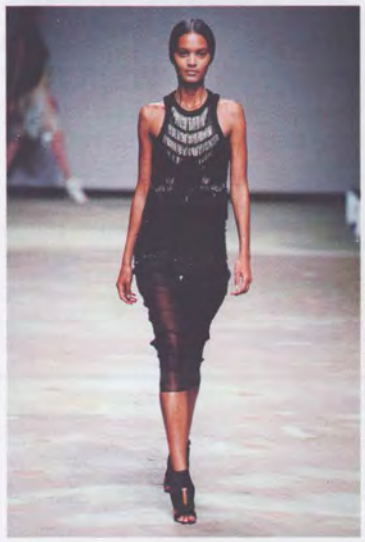
1990'ların başlarında bu sorunun yanıtı kocaman bir hayır gibi görünüyordu. Clueless ekranlarda yayınlanana kadar yapılmış olan araştırmalar, Afrikalı Amerikalı kadınların yeme davranışları, değerleri ve hedeflerinin Hispanik olmayan beyaz Amerikalı kadınlarınkinden çok daha sağlıklı olduğunu ortaya koymaktaydı (Lovejoy, 2001; Cash & Henry, 1995; Parker ve diğ., 1995). Örneğin 1995 yılında, Arizona Üniversitesinde yürütülmüş geniş çaplı bir çalışmada Afrikalı Amerikalı genç kadınların yeme davranış ve tutumlarının Hispanik olmayan beyaz Amerikalı kadınlardan daha olumlu olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada Afrikalı Amerikalıların "sadece" yüzde 70'i kiloları ve vücut şekillerinden memnun değilken Hispanik olmayan beyaz Amerikalı katılımcıları katılımcılarda bu oran yaklaşık yüzde 90'dı.

Çalışma ayrıca Hispanik olmayan beyaz Amerikalı ve Afrikalı Amerikalı ergen kızların farklı güzellik idealleri olduğunu göstermekteydi. "Mükemmel kızı" tanımlamaları istenen o dönemin gençleri, süper model olarak tanımlanan kişileri yansıtan, 100 ila 110 paunt ağırlığındaki 5'7"lik (1.81 boyunda, 45-50 kiloda bir kişi olarak düşünülebilir.) bir kızı tanımlamışlardır. Pek çoğu, mükemmel kiloda olmayı mutlu ve popüler olmanın anahtarı olarak tanımlamıştır. Afrikalı Amerikalı gençler ise fiziksel özellikleri değil, kişilik özelliklerini ilk sıraya koymuştur. Bu katılımcılar "mükemmel"i tanımlarken zeki, eğlenceli, hoşsohbet, kibirli olmayan ve komik bir kişi tarif etmiş; bu kişi bakımlı olduğu sürece mutlaka "güzel" olmasının gerekmediğini belirtmişlerdir. Onların tanımladığı güzellik kriterleri daha ulaşılabilirdi, örneğin dolgun kalçalar daha çok tercih edilirdi. Dahası, Afrikalı Amerikalı katılımcıların Hispanik olmayan beyaz Amerikalılara göre uzun süreli diyet yapma olasılıkları daha düşüktü.

Ne yazık ki son yirmi yılda yapılan çalışmalar beden imajına dair uğraşılar, işlevsel olmayan yeme örüntüleri, anoreksiya ve bulumia nervoza, diğer azınlık gruplarında olduğu gibi Afrikalı Amerikalı genç kadınlar arasında da artış eğilimindedir (Rodgers ve diğ., 2017; Starr & Kreipe, 2014; Gilbert, 2011). Örneğin popüler bir dergi olan *Essence* tarafından sık sık alıntılanan bir anket çalışmasında Afrikalı Amerikalı katılımcıların yüzde 65'i kilo vermek için diyet yaptığını, yüzde 39'u yiyeceklerin hayatlarını kontrol ettiğini, yüzde 19'u acıktıklarında yemek yemekten kaçındıklarını, yüzde 17'si müshil kullandığını ve yüzde 4'ü kilo vermek için kustuğunu rapor etmiştir.

Afrika kökenli Amerikalı kadınların yeme davranışları ve yeme problemlerindeki değişim kısmen *kültürleşme*yle ilişkili görünmektedir (Rittenhouse, 2016; Ford, 2000). Bir araştırma, Hispanik olmayan beyaz Amerikalı kadınların çoğunlukta olduğu bir üniversitede okuyan Afrikalı Amerikalılar ile Afrikalı Amerikalıların çoğunlukta olduğu bir üniversitede okuyanları karşılaştırmıştır. İlk grupta bulunan kişilerin depresyon puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu ve bunun da yeme problemlerini yordadığı bulunmuştur.

Yine başka araştırmalar, ergenlik çağındaki ve genç yetişkinlik dönemindeki Hispanik Amerikalılarda, düzensiz yeme davranışları (özellikle aşırı yeme davranışı) ve beden memnuniyetsizliği oranları Hispanik olmayan beyaz Amerikalı kadınlarınkine yakın bulunmuştur (Perez, Ohrt ve Hoek, 2016; Cachelin ve diğ., 2006). Dahası kendini Hispanik olmayan



Chris Moore/Catwalking/Getty Images

**Farklılıkları benimsemek?** Batılı aşırı incelik ideali, milliyetleri veya kültürel geçmişleri ne olursa olsun moda modelleri için standart olmaya devam ediyor. Psikologlar, Etiyopyalı süper model Liya Kebede (yukarıda) ve Sudan'lı Alek Wek gibi mankenlerin başarısının, Afrika ülkelerinde de zayıflığın idealleştirilmesine ve daha fazla yeme bozukluğu görülmesine katkıda bulunacağından endişe etmektedir.



BEI/REX/Shutterstock

**Sadece kadınlar için değil** Günümüzde, erkeklerde yeme bozuklukları giderek artıyor. Erkeklerin bazıları, çok zayıf bir beden şekline sahip olmayı ister ve anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza geliştirir. Şarkıcı Zayn Malik (solda), One Direction adlı erkek grubunun üyesiyken bu döngüye düşmüş olduğunu kabul etti. Erkeklerin diğer bir kısmı ise vücut geliştirme yaparak ultra kaslı görünmeyi hayal eder (sağda) ve kas dismorfisi adı verilen bir yeme bozukluğu geliştirebilir. Bu kişiler hatalı bir yorumlama ile kendilerini sıska ve küçük görürler, çok fazla ağırlık çalışarak ve steroidlerin kötüye kullanmıyla "mükemmel" bir vücuda ulaşmaya çalışırlar.

beyaz Amerikalı kültüre adapte olmuş olarak tanımlayanlar arasında anoreksiya nevroza ve bulumia nevroza oranları özellikle daha yüksektir. Yeme bozuklukları, Asya kökenli Amerikalı genç kadınlar ile Asya ülkelerinde yaşayan genç kadınlar arasında da artış göstermektedir (Thomas, Lee, & Becker, 2016; Pike ve diğ., 2013).

## Çok Kültürlü Faktörler: Cinsiyet Farklılıkları

Erkekler, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza vakalarının sadece yüzde 10'unu oluşturur. Bu çarpıcı cinsiyet farklılığının nedenleri tam olarak bilinmese de Batı toplumunun çekicilik konusundaki çifte standardı, olası bir neden olarak görülebilir. Toplumumuzdaki ince görünme vurgusu erkeklerden çok kadınlara yöneliktir ve bazı kuramcılar bu farklılığın kadınları diyet yapmaya ve yeme bozukluklarına daha yatkın hâle getirdiğine inanmaktadır. Örneğin üniversiteli erkeklerle yapılan anketler, çoğunluğun ideal erkek vücudunu tanımlamak için "kaslı, güçlü ve geniş omuzlu" özelliklerini sıralarken, ideal kadın vücudunu tanımlamak için "ince, fit, biraz zayıf" kelimelerinin seçildiğini göstermiştir (Mayo & George, 2014).



Blend Images/Alamy

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza oranlarının erkekler ve kadınlar arasında farklılaşmasının ikinci bir nedeni de her iki cinsiyet tarafından tercih edilen farklı kilo verme yöntemleri olabilir. Bazı klinik gözlem ve araştırmalar, erkeklerin kilo vermek için egzersizi, kadınların ise daha çok diyet yapmayı tercih ettiklerini göstermektedir (Thackray ve diğ., 2016) ve önceki sayfalarda okuduğunuz gibi genellikle yeme bozukluklarının başlangıcından önce diyet yapma dönemi yer alır.

Neden bazı erkeklerde anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza görülür? Bazı vakalarda bozukluğun gelişimi, *bir işin veya spor yapmanın gereklilikleri ya da baskısıyla* bağlantılı olabilmektedir (Cottrell & Williams, 2016; Braun, 1996). Bir araştırmaya göre yeme bozukluğu olan erkeklerin yüzde 37'si, kilo kontrolünün önemli olduğu işlerde çalışıyor veya spor yapıyorken aynı araştırmada yer alan yeme bozukluğu olan kadınlarda bu oran yüzde 13 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde en yüksek yeme bozukluğu oranları jokeyler, güreşçiler, uzun mesafe koşucuları, vücut geliştiriciler ve yüzücüler arasında bulunmuştur.

Anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza geliştiren diğer erkekler için beden imajı, tıpkı kadınlarda olduğu gibi kilit bir faktör gibi görünmektedir (Lavender ve diğ., 2017; Mayo ve George, 2014). Bu erkeklerin pek çoğu, tipik ideal erkeği tanımlarken kaslı ve geniş omuzlu olma gibi özellikler yerine ideal kadın vücuduna benzer şekilde "zayıf, gösterişli ve ince" olmayı dile getirmiştir.

**Sizce erkekler arasında yeme bozuklukları son yıllarda neden artış göstermektedir?**

Yine de erkekler, *ters anoreksiya nervoza* veya *kas dismorfisi* adı verilen farklı bir yeme bozukluğuna yakalanmış gibi görünmektedir. Bu bozukluğu olan erkekler çok kaslıdır ancak yine de kendilerini sıska ve küçük görürler ve bu nedenle aşırı şekilde ağırlık çalışma veya steroidlerin kötüye kullanılması gibi yöntemlerle "mükemmel" bir vücuda sahip olmak için çabalamaya devam ederler (Lavender ve diğ., 2017). Kas dismorfisi olan kişiler genellikle vücutları hakkında utanç duyarlar ve birçoğunun geçmişinde depresyon, kaygı ve kendine zarar veren kompulsif davranışlar vardır. Bu kişilerin yaklaşık üçte birinde tıkınırcasına yeme gibi işlevsiz yeme davranışları görülür.

## ÖZETLE

**YEME BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ NELERDİR?** Çoğu teorisyen, yeme bozukluklarını açıklamak ve katkıda bulunan birkaç önemli faktörü belirlemek için çok boyutlu risk bakış açısını kullanır. Bunların başında ego gücünün zayıf olması, bilişsel-davranışsal faktörler, depresyon, beyin devrelerindeki işlev bozulmaları, hipotalamus aktivitesindeki sorunlar ve beden ağırlık noktasındaki düzensizlikler gibi biyolojik faktörler; toplumun zayıflığa karşı tutumu ile obeziteye karşı ön yargısı gelmektedir.

# Yeme Bozukluklarında Hangi Tedaviler Kullanılır?

Günümüzde yeme bozuklukları tedavilerinin iki amacı vardır. İlki, tehlikeli yeme düzenini olabildiğince çabuk düzeltmektir. İkincisi, yeme sorununa yol açan ve bu sorunu sürdüren daha geniş psikolojik ve durumsal faktörleri ele almaktır. Aile ve arkadaşlardan alınan destek de bozukluğun üstesinden gelmede önemli bir rol oynayabilir.

## Anoreksiya Nervoza İçin Kullanılan Tedaviler

Anoreksiya nervozaya sahip kişilerin yaklaşık üçte biri tedavi görmektedir (NIMH, 2017). Anoreksiya nervoza tedavisinin öncelikli amacı kişilerin kaybettikleri kiloları geri kazanmalarına, yetersiz beslenme örüntülerini düzenlemeye ve tekrar normal yemelerine yardımcı olmaktır (Mehler, 2017). Terapistler daha sonra bu kazanımları koruyabilmek için psikolojik ve belki de ailevi değişiklikler yapmalarına yardımcı olmalıdır.

**Uygun Ağırlık ve Normal Yeme Nasıl Eski Hâline Getirilir?** Anoreksiya nervoza hastalarının hızla kilo almasına ve haftalar içinde sağlığına geri dönmesine yardımcı olmak için çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır; bu kısım, tedavinin *beslenme rehabilitasyonu* adı verilen bir aşamasıdır (Peebles ve diğ., 2017). Geçmişte anoreksiya nevroza tedavisi için neredeyse her zaman hastane yatışı yapılırdı ancak günümüzde bu tedavi, genellikle gündüz hastanelerinde veya polikliniklerde sürdürülmektedir.

Yemek yemeyi reddeden kişiler ve yaşamı tehdit eden durumlarda klinisyenlerin *tüple ve damardan beslenme* konusunda hastaları zorlamaları gerekebilmektedir (Rocks ve diğ., 2014). Ne yazık ki zorla yapılan bu tür müdahaleler, danışanın klinisyene karşı güvenini zedeleyebilir. Bu yaklaşıma karşılık davranışsal kilo onarım yaklaşımlarını kullanan klinisyenler, hastaları uygun şekilde yemek yediğinde veya kilo aldığında onları *ödüllendirir* ve uygun olmayan yeme davranışları sergilediklerinde veya kilo alamadıklarında hiçbir ödül vermeyi durdururlar.

Belki de en popüler beslenme rehabilitasyon yaklaşımı destekleyici bakım, beslenme danışmanlığı ve görece yüksek kalorili bir diyetin birleşiminden oluşur (Steinglass, 2016). Burada hemşire ve diyetisyen tedavi ekibi üyeleri, birkaç hafta boyunca hastanın diyetini *kademeli* olarak günde 3.000 kalorinin üzerine çıkarır (Zerbe, 2017, 2010, 2008). Hemşireler hastaları program hakkında bilgilendirir, ilerlemelerini takip eder, cesaretlendirir ve kilo almalarının kontrol altında olduğunu ve obeziteye yol açmayacağını anlamalarına yardımcı olur. Bazı programlarda hemşireler ayrıca, danışanları ciddi bir yeme sorunları olduğunu fark etmeleri, yapıcı seçimler ve davranış değişiklikleri yapmaları konusunda motive etmeye yardımcı olmak için empati ve sorgulamayla ilerlenen bir görüşmenin bileşimi olan **motivasyonel görüşme**yi kullanır (Pike, 2017). Çalışmalar, beslenme rehabilitasyon programlarındaki hastaların genellikle 8 ila 12 haftada gerekli kiloyu geri kazandıklarını göstermiştir.

**Kalıcı Değişiklikler Nasıl Sağlanır?** Klinik araştırmacılar, anoreksiya nervozaya sahip olan kişilerde kalıcı bir iyileşme yaratmak için altta yatan psikolojik sorunların üstesinden gelinmesi gerektiğini bulmuşlardır. Terapistler, daha kapsamlı olan bu hedefe ulaşmaya yardımcı olmak için tipik olarak eğitim, psikoterapi ve aile terapisinden yararlanırlar (Knatz ve diğ., 2015). Özellikle antipsikotik ilaçlar olmak üzere psikotrop ilaçlar, hastalar diğer tedavi biçimlerine yanıt vermediğinde kullanılır ancak araştırmalar bu tür ilaçların etkilerinin sınırlı olduğunu göstermektedir (Walsh, 2018).

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL TERAPİ** Anoreksiya nevroza programlarının pek çoğunu, bilişsel ve davranışçı müdahaleler dâhil edilmiştir. Bu tür teknikler, danışanların kısıtlı yeme örüntüsünü sürdürmelerini sağlayan davranış ve düşünce süreçlerini fark etmelerine ve bunları değiştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır (Pike, 2017). Davranışsal kısımda danışanlardan (belki de bir günlük tutarak) duygularını, açlık düzeylerini, yiyecek alımını ve bu değişkenler arasındaki bağları takip etmeleri istenir. Bilişsel kısımda ise onlara "çekirdek sorunlarını" yani vücut biçimlerine, kilolarına ve


Jeff Kravitz/Getty Images

**Geçmişe tehlikeli yolculuk** Aktris ve manken Zoe Kravitz, The Road Within filminde anoreksik bir kadını oynamayı kabul ettiğinde yeme bozukluklarıyla ilgili geçmişinin kendisine fayda sağlayacağına inandı. Ancak Kravitz, film için 90 punda (yaklaşık 41 kilo) kadar zayıflamasının, "bazı eski şeyleri tetiklediğini" ve yeni kilo kaybına son vermekte zorlandığını da söyledi (Takeda, 2015).

**motivasyonel görüşme** Danışanları ciddi bir psikolojik sorunları olduğunu fark etmeye, yapıcı seçimler yapmaya ve davranış değişikliğine motive etmeye yardımcı olmak için empati ve soruları kullanan bir tedavi yaklaşımıdır.

bu fiziksel özellikleri kontrol etme yeteneklerine göre nasıl biri olduklarının değerlendirilmesi gerektiğine dair duydukları derin inanç üzerinde çalışılır. Danışanlara stresle başa çıkmanın ve problem çözmenin alternatif yolları da öğretilebilir.

Bilişsel-davranışçı terapistler anoreksiya nervozalı hastaların bağımsızlık kazanma ihtiyaçlarını fark etmelerine yardımcı olma ve kontrolü sağlama konusunda daha uygun yollar öğretme konusunda özellikle hassas davranırlar (Pike, 2017). Terapistler ayrıca onlara içsel duyumlarını ve duygularını daha iyi tanımaları ve bunlara güvenme konusunda da yardım ederler. Birazdan göreceğiniz diyalogda, bir terapist 15 yaşındaki bir danışanın duygularını tanımasına ve paylaşmasına yardımcı olmaya çalışıyor:

Danışan: *Ben duygularım hakkında konuşmam, hiç konuşmadım.*

Terapist: *Benim de diğerleri gibi sana bu konuda tepki vereceğimi düşünüyor olabilir misin?*

Danışan: *Ne demek istiyorsunuz?*

Terapist: *Sanırım hislerini çok dikkate almayacağımdan ya da sana böyle hissetmemeni söyleyeceğimden korkuyorsun -korkmanın, şişman hissetmenin, kendinden şüphe duymanın aptalca olduğunu- okulda ne kadar başarılı olduğunu, öğretmenler tarafından ne kadar takdir edildiğini, ne kadar güzel olduğunu düşünürsek.*

Danışan: (Biraz gergin ve tedirgin durarak) Pekâlâ, bana her zaman kibar olmam ve diğer insanlara saygı duymam söylendi; tıpkı aptal, yüzü olmayan bir oyuncak bebek gibi. (boş bakıp, oyuncak bebek gibi bir poz vererek)

Terapist: *Ben, duyguların her ne olursa olsun onları paylaşmanın saygısızlık olacağı* izlenimini veriyor muyum?

Danışan: *Tam olarak değil yani bilmiyorum.*

Terapist: *I Bunu yapmanın senin için kolay olduğunu söyleyemem ve söylemeyeceğim... Ama sana söz verebilirim ki fikrini söylemekte özgürsün ve bundan geri adım atmayacağım.*

*(Strober & Yager, 1985, s. 368-369)*

Sonuçta bilişsel-davranışçı terapistler anoreksiya nervozası olan danışanların yeme ve kilo konusundaki tutumlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya çalışır (Pike, 2017; Fairburn ve diğ., 2015, 2008) (bk. **Tablo 9-5**). Terapistler, danışanlara "Her zaman mükemmel olmalıyım." veya "Kilom ve vücut şeklim değerimi belirler." gibi uyumsuz varsayımları tanımlama, onlara meydan okuma ve değiştirme konusunda rehberlik edebilir. Ayrıca danışanları, anoreksiya nervozada görülen beden algısına dair çarpıklıkları hakkında eğitebilir ve kendi ölçülerine ilişkin yaptıkları değerlendirmelerin yanlış olduğunu görmelerine yardımcı olabilirler. Bir danışan vücut şeklini doğru bir şekilde değerlendirmeyi asla öğrenmese bile en azından "Anoreksiya nervozanın temel özelliğinin kendi bedenimi olduğundan daha farklı

## #ÖzlüSözler

"Kızlar çok küçükken dış görünüşlerine ilgi duymaya teşvik edilmelidir."

*Kadının Evi Dergisi*, 1940

## #AiledeAlayaAlma

Aile üyeleri tarafından kilolarıyla alay edilen ergenlerin, beş yıl içinde aşırı kilolu olma olasılığı, alay edilmeyen gençlerden iki kat, tıkınırcasına yeme ve aşırı kilo kontrol yöntemleri kullanma olasılığı 1,5 kat daha fazladır (Saltzman & Liechty, 2016; Neumark-Sztainer ve diğ., 2007).

TABLO: 9-5

### Yeme Bozukluğu Envanterinden Örnek Maddeler

Her bir madde için, maddenin sizin hakkınızda doğru olup olmadığına karar verin.

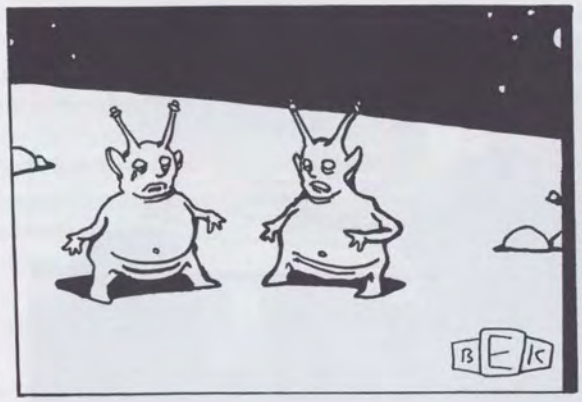
HER ZAMAN (H), ÇOĞU ZAMAN (Ç), SIKLIKLA (S), BAZEN (B), NADİREN (N) veya ASLA (A). Derecelendirmenize karşılık gelen harfi daire içine alın..

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H | Ç | S | B | N | A | Üzgün olduğumda yerim. |
| H | Ç | S | B | N | A | Kendimi yemekle uyuştururum. |
| H | Ç | S | B | N | A | Diyet yapmayla ilgili düşünürüm. |
| H | Ç | S | B | N | A | Bence bacaklarım çok kalın. |
| H | Ç | S | B | N | A | Aşırı yemek yedikten sonra kendimi çok suçlu hissediyorum. |
| H | Ç | S | B | N | A | Kilo almaktan çok korkuyorum. |
| H | Ç | S | B | N | A | Aç olup olmadığım konusunda kafam karışıktır. |
| H | Ç | S | B | N | A | Kilo vermek için kusmayı denemeyi düşünüyorum. |
| H | Ç | S | B | N | A | Bence basenlerim çok geniş. |
| H | Ç | S | B | N | A | Gizlice yiyip içiyorum. |

Bilgilerin alındığı kaynak: Clausen ve diğ., 2011; Garner, 2005; Garner, Olmsted, & Polivy, 2004, 1991, 1984.

algılamak olduğunu biliyorum, bu yüzden ne olursa olsun şişman hissetmem normal!" dediği bir noktaya gelebilir.

Yapılan bir araştırmaya göre bilişsel-davranışçı yaklaşım anoreksiya nervoza vakalarında genellikle çok etkilidir ve psikodinamik terapilerden, psikoeğitimden veya tek başına destekleyici terapi uygulamasından daha etkili sonuçlar vermektedir (Pike, 2017). Bu yaklaşım birçok kişinin yeniden kilo almasına, aşırı kilolu olma korkularının üstesinden gelmesine, daha fazla özsaygı geliştirmesine, vücutlarına dair çarpıklıklarını ve memnuniyetsizliklerini değiştirmesine, daha doğru ve uyumlu yeme tutumları benimsemesine, daha uygun beslenme ve egzersiz alışkanlıkları edinmelerine ve kendilerini geliştirmelerine ve ayrıca daha iyi problem çözme becerileri kazanmalarına yardımcı olur. Tedavi, hastanın iyileşmesinden sonra en az bir yıl devam ettiğinde -Bölüm 6'da okuduğunuz *sürdürme tedavisi* stratejisi (bk. sayfa 183 ve 185)- tekrarı önlemede üst düzey yarar sağlar. Aynı zamanda çalışmalar bilişsel-davranışçı yaklaşımın diğer yaklaşımlarla desteklendiğinde iyi sonuçları verdiğini ileri sürmektedir. Özellikle aile terapisi sıklıkla tedaviye dahil edilen yaklaşımların başında gelmektedir.



Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Kendinizi filmlerde gördüğünüz o sıska küçük uzaylılarla karşılaştırmaya devam edemezsiniz."*

**AİLE ETKİLEŞİMLERİNİ DEĞİŞTİRMEK** Aile terapisi, özellikle bu bozukluğa sahip olan çocuklar ve ergenler için anoreksiya nervoza tedavisinin paha biçilemez bir parçasıdır (Pike, 2017). Diğer aile terapilerinde olduğu gibi terapist aile ile bir bütün olarak görüşür, sorunlu aile örüntülerine dikkat çeker ve üyelerin gerekli değişiklikleri yapmasına yardımcı olur. Özellikle aile terapistleri, anoreksiya nervozası olan kişinin duygu ve ihtiyaçlarını, ailesinin diğer üyelerinin ihtiyaçlarından ayrıştırmasına yardımcı olmaya çalışabilir. Ailenin anoreksiya nervoza gelişimindeki rolü henüz netlik kazanmamış olsa da araştırmalar aile terapisinin (veya en azından ebeveyn danışmanlığının) bu bozukluğun tedavisinde yardımcı olabileceğini kuvvetle göstermektedir (Richards ve diğ., 2018).

| | |
|---|---|
| Anne: | *Sanırım [Susan]'ın neler yaşadığını biliyorum: Büyümenin ve kendi kimliğini oluşturmanın tüm şüpheleri ve güvensizliklerini hissediyor. (Gözyaşları içinde kızına dönerek) Bu süreçte sadece kendine güvenirsen bizlerin de desteğiyle her şey daha iyiye gidecek.* |
| Terapist: | *Onun için hep ulaşılabilir durumda mısınız? Size güvenebilir mi, rehberlik ve duygusal destek için size güvenebilir mi?* |
| Anne: | *Ah elbette, ebeveynler bunun için var.* |
| Terapist: | (Danışana dönerek) Peki, sen bu konuda ne düşünüyorsun? |
| Susan: | (Annesine) Her zaman sana ya da diğerlerine bağımlı olamam, anne. Aslında daha evvel yaptığım şey zaten buydu ve bak, anoreksiyaya neden oldu. |
| Terapist: | *Sence annen, kendisi ve çocukları arasında hiçbir sır olmamasını, tabiri caizse* açık bir kapı gibi olmasını mı tercih ederdi? |
| Abla: | *Bazen ben isterim.* |
| Terapist: | (Danışana ve küçük kardeşine) Peki ya siz ikiniz? |
| Susan: | *Evet. Bazen ben ne hissediyorsam o da hissetmek zorundaymış gibi.* |
| Küçük kardeş: | *Evet.* |

*(Strober & Yager, 1985, s. 381-382)*

**Anoreksiya Nervoza'nın Akıbeti Nedir?** Bilişsel-davranışçı terapinin merkezde olduğu birleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının kullanılması, iyileşme yolu zor olsa da anoreksiya nervozası olan kişilerin görünüşlerinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Bu bozukluğun seyri ve sonucu kişiden kişiye değişse de araştırmacılar belirli eğilimler tespit etmiştir.

İyi yanı, bozukluğun tedavisi başladıktan sonra genellikle kaybedilen kilo hızlı bir şekilde geri alınır ve tedavi kazanımları yıllarca devam edebilir. Hastaların yüzde 75 kadarı, ilk iyileşmelerinden birkaç yıl veya daha uzun bir süre sonra görüşüldüğünde

#

**#İncelmeModası**

1968'de ortalama bir manken, tipik bir kadından yüzde 8 daha inceydi. 2016 yılında ise mankenler normal kadınlardan yüzde 32 daha inceydi (Firger, 2016; Tashakova, 2011).



Reuters/Stefano Rellandini

**Bir hareketin başlangıcı** Beden şekli ve yeme bozuklukları ile ilgili sorumlu reklamcılık konusunda öncü niteliğindeki bir adım, Nolita giyim markasının aşırı zayıflığa karşı büyük bir reklam kampanyası başlattığı 2007'de atıldı. Markanın reklam panolarından birinde, "Anoreksiya Yok" kelimelerinin altında görünen bir deri bir kemik kalmış çıplak bir kadın resmi vardı. Billboard modeli Isabelle Caro, 2010 yılında anoreksiya nervozadan kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle öldü.

tam veya kısmi iyileşme göstermeye devam eder (Klein & Attia, 2017; Isomaa & Isomaa, 2014).

Bir başka olumlu not da anoreksiya nervozalı kadınların çoğunun kilolarını geri aldıklarında tekrar adet görmeleri ve bunu diğer tıbbi gelişmelerin takip etmesidir (Mehler, 2016). Ayrıca anoreksiya nervozada ölüm oranlarının azalış göstermesi de cesaret verici bir gelişmedir. Daha erken teşhis ile daha güvenli ve daha hızlı kilo alma tekniklerinin kullanılması bu eğilimi açıklayabilir. Meydana gelen ölümlere genellikle intihar, açlık, enfeksiyon, gastrointestinal problemler veya elektrolit dengesizliği neden olmaktadır (Mehler, 2017).

Negatif tarafta ise anoreksiya nervozası olan kişilerin yaklaşık yüzde 25'i yıllarca ciddi sıkıntılar çekmeyi sürdürür (Klein & Attia, 2017; Isomaa & Isomaa, 2014). Ayrıca tedavi başarıyla sonuçlansa bile iyileşme her zaman kalıcı değildir. İyileşen hastaların en az üçte birinde genellikle evlilik, hamilelik veya büyük bir yer değişimi gibi yeni yaşamsal stresler tarafından tetiklenen anoreksiya belirtileri göstermektedir (Stice ve diğ., 2017, 2013; Fennig ve diğ., 2002). Yıllar sonra bile iyileşen birçok kişi kiloları ve görünümleriyle ilgili endişelerini dile getirmeye devam ediyor (Klein & Attia, 2017). Bazıları hâlâ diyetlerini bir dereceye kadar sürdürür, başkalarıyla yemek yerken endişe duyar veya yiyecek, yeme ve kilo hakkında çarpık fikirlere sahip olmayı sürdürür (Isomaa ve Isomaa, 2014; Fairburn ve diğ., 2008).

Anoreksiya nervozadan muzdarip olanların yaklaşık yarısı, tedaviden yıllar sonra belirli psikolojik problemlere -özellikle depresyon, obsesif belirtiler ve sosyal kaygı gibi- sahip olmaya devam etmektedir. Bu tür sorunlar özellikle tedavinin sonunda tam olarak normal kiloya ulaşmamış kişilerde daha yaygındır (Steinglass, 2016).

**Neden anoreksiya nervoza ve bulimia nervozası olan bazı kişiler, iyileştikten sonra bile nükslere karşı savunmasız kalabilmektedir?**

Kişiler ne kadar kilo kaybeder ve tedaviye ne kadar geç başlarsa iyileşme oranı o kadar düşük olur (Klein ve Attia, 2017; Zerwas ve diğ., 2013). Bozukluğun başlangıcından önce psikolojik veya cinsel sorunları olan kişiler, böyle bir geçmişi olmayanlara göre daha düşük bir iyileşme oranına sahip olma eğilimindedir. Ailesi veya kişiler arası ilişkileri sorunlu olan kişiler tedaviye daha az yanıt vermektedir. Son olarak daha genç hastalar, yaşlı hastalardan daha iyi iyileşme oranlarına sahiptir.

## Bulimia Nervoza İçin Tedaviler

Bulimia nervozası olan kişilerin yaklaşık yüzde 43'ü tedaviye erişebilmektedir (NIMH, 2017). Bu bozukluk için uygun tedavi programları genellikle yeme bozukluğu kliniklerinde sunulmaktadır. Bu tür programlar, (1) bulimia nervoza için danışanların tıkınma çıkarma alışkanlıklarını ortadan kaldırmalarına ve iyi beslenme alışkanlıkları oluşturmalarına yardımcı olmak anlamına gelen beslenme rehabilitasyonunu ve (2) bulimik örüntülerin altında yatan nedenleri ortadan kaldırmayı amaçlayan terapilerin bir kombinasyonunu sunar. (Mitchell, 2018; Crow, 2017; Fairburn & Cooper, 2014). Bu programlar terapi kadar eğitime de önem verir. Bilişsel-davranışçı terapi bulimia nervoza vakalarında, belki de anoreksiya nervoza vakalarında olduğundan daha fazla yararlıdır. Anoreksiya nervoza hastalarında sınırlı fayda gösteren antidepresan ilaç tedavisi, birçok bulimia nervoza vakasında oldukça etkili görünmektedir.

**Bilişsel-Davranışçı Terapi** Bulimia nervozalı danışanları tedavi ederken bilişsel-davranışçı terapistler, anoreksiya nervozalı kişileri tedavi etmek için kullandıkları tekniklerin çoğunu kullanır. Bununla birlikte teknikleri bulimiaya özgü özelliklere (örneğin aşırı yemek yeme ve kusma) ve bulimia nervozadaki belirli inançlara göre uyarlarlar (Mitchell, 2018).

Terapistler genellikle bulimia nervozadan muzdarip kişilere yeme davranışları, açlık ve tokluk hislerindeki değişiklikler ve diğer duyguların gelgitlerini içeren bir günlük tutmalarını söyler (Mitchell, 2018). Bu, danışanların yeme alışkanlıklarını daha objektif bir şekilde gözlemlemelerine ve aşırı yeme isteklerini tetikleyen duygu

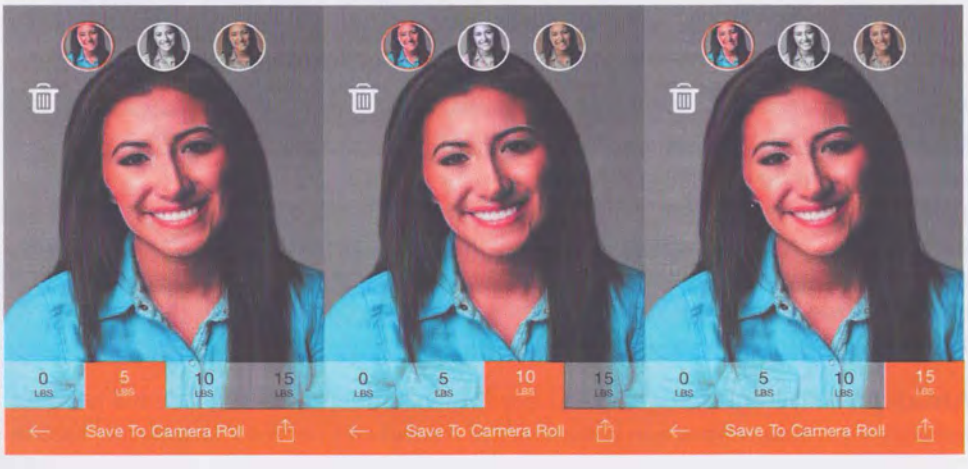
ve durumları tanımalarına yardımcı olur. Geliştirilen akıllı telefon uygulamaları, gün boyunca bu tür değişiklikleri takip etmede kolaylık sağlamaktadır.

Bir araştırma ekibinin, günlük tutma tekniğinin çevrim içi bir versiyonunun etkinliğini inceledikleri çalışmada (Shapiro ve diğ., 2010), her biri ayaktan yürütülen 12 haftalık bilişsel-davranışçı terapi programında katılan 31 bulimia nervoza danışanı, terapistlerine her gece mesaj göndererek tıkınırcasına yeme ve çıkarma dürtüleri ve atakları hakkında rapor vermiştir. Ayrıca o günkü tedavi hedefine ulaşan katılımcılara pekiştireç ve cesaretlendirici geri bildirim mesajları gönderilmiştir. Araştırmacılar; terapinin sonunda danışanların aşırı yeme, çıkarma ve diğer bulimik belirtileri ile depresyon düzeylerinde anlamlı azalmalar gösterdiğini belirtmişlerdir.

Bilişsel-davranışçı terapistler, tıkınma ve çıkarma döngüsünü kırmaya yardımcı olmak için davranışsal bir teknik olan *tepki önlemeli maruz bırakma*yı da kullanabilirler. 4. Bölüm'de okuduğunuz gibi bu yaklaşım, insanları normalde kaygıyı artıracak durumlara maruz bırakmak ve daha sonra durumların aslında zararsız olduğunu ve zorlayıcı eylemlerinin gereksiz olduğunu öğrenene kadar olağan kompulsif tepkilerini vermelerini engellemekten ibarettir. Bulimia nervoza için terapistler danışanlardan belirli tür ve miktarlarda yemek yemelerini ve ardından yemek yemenin zararsız hatta telafi gerektirmeyen yapıcı bir aktivite olabileceğini göstermek için kusmamalarını isterler (Mitchell, 2018; Agras, Fitzsimmons-Craft, & Wilfley, 2017). Tipik olarak terapist, danışan yasak yiyecekleri yerken danışanla birlikte oturur ve çıkarma dürtüsü geçene kadar orada kalır. Araştırmalar; bu tedavinin genellikle yeme ile ilgili endişeleri, aşırı yemeyi ve kusmayı azaltmaya yardımcı olduğunu bulmuştur.

Bu tür davranışsal tekniklerin ötesinde bilişsel-davranışçı terapistlerin birincil odak noktası bulimia nervozası olan kişilerin yiyecek, yemek, kilo ve vücut şekline karşı işlevsiz tutumlarını fark etmelerine ve değiştirmelerine yardımcı olmaktır. Terapistler tipik olarak danışanlara, tıkınırcasına yeme dürtüsünden önce gelen olumsuz düşüncelerini (Örneğin "Kendimi kontrol edemiyorum.", "Ben de vazgeçebilirim.", "Şişman görünüyorum.") tanımayı ve bunlara karşı koymayı öğretir. Ayrıca danışanlara mükemmeliyetçi standartlarını, çaresizlik duygularını ve düşük benlik kavramlarını tanımaları, sorgulamaları ve sonunda değiştirmeleri için rehberlik ederler. (Bir sonraki sayfadaki ***Trendler*** kısmına bakın.) Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, danışanların yüzde 75 kadarının aşırı yeme ve kusma örüntülerini durdurmalarında veya azaltmalarında yardımcı olur (Mitchell, 2018; Poulsen ve diğ., 2014).

**Diğer Psikoterapi Türleri** Bulimia nervoza tedavisindeki etkinliği nedeniyle, diğer terapiler düşünülmeden önce genellikle öncelikle bilişsel-davranışçı terapi denenir. Danışanlar bu tedaviye yanıt vermezse gelecek vaat eden ancak daha etkililiğine dair sonuçların henüz o kadar desteklenmediği diğer yaklaşımlar denenebilir (Mitchell, 2018; Crow, 2017). Yaygın olarak kullanılan bir alternatif, *kişiler arası psikoterapi*dir. Bu terapi yaklaşımı, kişiler arası işlevselliği arttırmaya yardımcı olmak için kullanılmaktadır (Gomez Penedo ve diğ., 2018). *Psikodinamik terapi*, bulimia nervoza vakalarında da kullanılmış olsa da etkililiği yalnızca birkaç araştırmayla desteklemiştir (Thompson-Brenner, 2016; Tasca ve diğ., 2014). Bilişsel davranışçı,




Medavia/ZUMA Press/Newscom

## #YemeBozukluğuOlan Ünlüler

- Kesha, şarkıcı
- Demi Lovato, şarkıcı
- Zane Malik, şarkıcı
- Zosia Mamet, oyuncu
- Alanis Morissette, şarkıcı
- Ashlee Simpson, şarkıcı
- Adam Rippon, patenci
- Zoe Kravitz, oyuncu
- Kate Winslet, oyuncu
- Lady Gaga, şarkıcı/söz yazarı
- Mary-Kate Olsen, oyuncu
- Kelly Clarkson, şarkıcı
- Jessica Alba, oyuncu
- Elton John, şarkıcı
- Ashley Rickards, oyuncu
- Fiona Elma, şarkıcı
- Prenses Diana, İngiliz kraliyet ailesi mensubu
- Kate Beckinsale, oyuncu

**Bu sadece bir an meselesi** Birkaç yıl önce piyasaya çıkan yeni bir uygulama, kullanıcıların selfie'lerini yayımlamadan önce "düzeltme" yapmalarına olanak sağlıyordu. Uygulamadan alıntılanan bu resimdeki kadın gibi bir kullanıcının görünümü yüz tanıma yazılımı aracılığıyla 5 paunt (yaklaşık 2,5 kilo -soldaki), 10 paunt (yaklaşık 4,5 kilo -ortadaki) veya 15 paunt (6,5 kilo -sağdaki) daha ince gösterilebilir. Eleştirmenler uygulamaya talebin artmasının, beden memnuniyetsizliğini ve yeme bozukluklarını daha da artıracağından endişe ediyor.

...TRENDLER

## Kendinizden Utanın: Başkasının Bedenini Aşağılayanlar

"Ona ne olmuş öyle?.. Arkasında sahne alan tüm vokalistleri yedi mi yoksa?" Popüler bir şarkıcının kilosu hakkında hemen her gün sosyal medyada bunun gibi acımasız binlerce tweet dolaşıyor. Bunlar, fazla kilolu ya da nadiren çok zayıf oldukları için toplum içinde bir kişiyi eleştirmenin kısacası beden aşağılamanın örnekleridir.

Beden utancı yaratma trendi maalesef çok yeni değil, yaklaşık on dokuzuncu yüz yılın ortalarından beri hayatımızda (Herman, 2015). Yeni olan, bu pratiğin mevcut varlığı ve sürekli artan yoğunluğudur. Tweetler, sosyal ağlar, bloglar, kışkırtıcı Web siteleri, tartışma programları ve benzerleri, insanların görünüşleriyle ilgili olanlar da dâhil olmak üzere acımasız yorumlar yapılabilmesi için sayısız platform sağlamaktadır (Green & Lankford, 2017). Yeme bozukluklarında uzman olan bir klinisyenin de dediği gibi: "Beden aşağılama dilini kitle iletişim kültüründen öğreniyoruz." (Mysko, 2016)



Timothy A. Clary/AFP/Getty Images

**Beden aşağılayanlara yanıt** Lady Gaga, 2017 Super Bowl'da (yukarıda) evrensel olarak beğenilen bir devre arası performansı sergilerken kısa bir bluz giymeye cüret ettiği ve karnındaki "yağları"ı gösterdiği için birçok izleyici onu eleştirmek için sosyal medyaya akın etti. Bir Instagram gönderisinde süperstar, "Vücudumla gurur duyuyorum ve siz [yani tüm insanlar] de sizinkiyle gurur duymalısınız. Kim olduğun ya da ne yaptığın önemli değil."

Tabii ki ünlülerin vücudunun aşağılanması en çok dikkati çeken kısım oluyor ancak bu tür yorumlarla yaygın olarak karşılaşılması, daha küçük çevrelerde ve günlük yaşamda da vücut aşağılama örneklerinin görülmesine kapı açıyor. Yakın zamanda yapılan bir anket, günümüz genç kızlarının yüzde 94'ünün ve genç erkeklerin yüzde 64'ünün şaşırtıcı bir şekilde şu ya da bu şekilde vücutlarından utandığını ortaya koymuştur (Miller, 2016).

Beden utandırma ya da beden aşağılama, bu tür yorumlara maruz kalan kişi için son derece acı verici olabilir (Chomet, 2018; Webb ve diğ., 2016). Ayrıca bu tutumlar diğer faktörlerin yanı sıra kadınlar başta olmak üzere toplumumuzda beden memnuniyetsizliğinin ve düzensiz beslenmenin artmasına katkıda bulunuyor gibi görünmekte (Kolata, 2016).

İyi haber şu ki şu anda toplumda bir karşı eğilim de yükseliş göstermektedir. Klinisyenler ve eğitimciler de dahil olmak üzere milyonlarca insan, bu iletişim biçimlerinin kabul edilemezliği ve zararlı etkileri konusunda artan endişe ve öfkelerini dile getirmektedir. Yasal alanda da eylemleri özellikle çirkin, mahremiyeti çiğneyen ve/veya zarar verici olan vücut aşağılayıcılarına karşı cezai yaptırımlar getirilmiştir (Feuer, 2016).

Vücut utandırmayla mücadelede belki de en önemli gelişme, toplum üzerinde etkiye sahip olan yüzlerce ünlünün artık failleri arıyor olmasıdır. Örneğin geçtiğimiz yıl boyunca ünlüler vücutlarıyla ilgili olumsuz tweet'lere veya paylaşımlara yanıt olarak aşağıdaki cümleleri yazdılar:

*"Asla sizin sıska standartlarınıza uymayacağım."*
—Reality TV yıldızı Kim Kardashian

*"Ben değeri, göğsünün büyüklüğü kadar olan bir kadın değilim."*
—Oyuncu Kristen Bell

*"Vücudumun benim için yaptıklarından gurur duyuyorum."*
—Oyuncu Gabourey Sidibe

*"Ben, sağlıklı ve mutluyum ve eğer kilomdan nefret ediyorsan belli ki de sen değilsindir.."*
—Şarkıcı Demi Lovato

*"[Bedenden utandırma] kültürümüzde bir şeylerin ters gittiğini gösterir ve bunu değiştirmek için hepimizin birlikte çalışması gerekli."*
—Komedyen Amy Schumer

*"İnsanlar... beni bedenimden utandırıyor çünkü... Onların standartlarına göre yeterince iyi değilim... Ama günün sonunda kendim için yeterince iyiyim."*
—Model Ashley Graham

*"Benimle mutlu olmayı seviyorum."*
—Şarkıcı ve oyuncu Selena Gomez

Bunlar, ünlüler tarafından her gün yayınlanan karşıt mesajların sadece küçük bir kısmı. Umarız bu tür tepkilerde yer alan kendini kabul etme, bağımsız düşünme ve beden tatmini mesajları okuyanlar üzerinde bedeni utandıran mesajlardan daha fazla etki bırakır.

kişiler arası veya psikodinamik terapi gibi farklı tür terapiler sıklıkla aile terapileriyle desteklenmektedir (Mitchell, 2018)

Kendine yardım grupları da dâhil olmak üzere bilişsel-davranışçı, kişiler arası ve psikodinamik terapilerin her biri, bireysel veya grup terapi formatında uygulanabilir. Araştırmalar, grup formatlarında yapılan müdahalelerin bulimia nervozası olan kişilerin yüzde 75 kadarı için bir şekilde fayda sağladığını gösteriyor (Mitchell, 2018; Valbak, 2001).

**Antidepresan İlaçlar** Son 15 yıldır her türden antidepresan ilaç, bulimia nervoza tedavisine yardımcı olmak için kullanılmıştır. Anoreksiya nervoza hastalarının aksine




Catherine Wylie/Press Association via AP Images




i-Images/Polaris

bulimia nervozadan muzdarip kişilere bu ilaçlar genellikle önemli ölçüde yardımcı olmaktadır (Crow, 2017; Starr & Kreipe, 2014). Araştırmaya göre ilaçlar hastaların %40 kadarında tıkınmaları azaltmada 67, kusmayı azaltmada ise 56 oranında yardım ediyor. Bir kez daha tekrar etmek gerekirse ilaç tedavisi, özellikle bilişsel-davranışçı terapi olmak üzere psikoterapiyle birlikte kullanıldığında en iyi sonucu veriyor gibi görünmektedir. Bazı terapistler alternatif olarak antidepresanları denemeden önce bilişsel-davranışçı ya da başka bir terapi yaklaşımının terapi etkili olup olmadığını görmek için bekleyebilir (Agras ve diğ., 2017). Araştırmalar, psikoterapinin antidepresan ilaçlardan daha etkili olduğunu ancak ikisinin kombinasyonunun tek başına herhangi bir tedavi biçiminden daha etkili olduğunu göstermektedir (Crow, 2017).

**Bulimia Nervoza'nın Akıbeti Nedir?** Bulimia nervoza tedavi edilmediği takdirde yıllarca sürebilir, bazen geçici olarak iyileşir ancak daha sonra tekrar başlar. Bununla birlikte hastaların yaklaşık %40'ında tedaviyle çok hızlı iyileşme görülür: Tıkınırcasına yemeyi ve kusmayı durdurur veya büyük ölçüde azaltırlar, düzgün beslenir ve normal kiloyu korurlar (Mitchell, 2018; Isomaa & Isomaa, 2014). Diğer %40'lık kesimde en azından tıkınırcasına yeme ve kusmada bir miktar azalmanın görüldüğü orta düzeyde bir iyileşme görülür. Tedaviden yıllar sonra yürütülen takip çalışmaları, bulimia nervoza hastalarının yaklaşık %75'inin ya tamamen ya da kısmen iyileştiğini göstermektedir (Engel ve diğ., 2017).

Tedaviye başarılı yanıt veren kişilerde bile bozukluk nüks edebilir (Engel ve diğ., 2017). Anoreksiya nervozada olduğu gibi yinelemeler genellikle yaklaşan bir sınav, iş değişikliği, evlilik veya boşanma gibi stresili bir yaşam olayıyla tetiklenir (Liu, 2007). Bir çalışma, bulimia nevroza tedavisi sonucu iyileşenlerin yüzde 28'inde altı ay içinde tekrar ettiğini göstermiştir (Olmsted ve diğ., 2015). Tedavi öncesinde bulimia nervozası daha uzun süredir var olan, rahatsızlıkları sırasında daha sık kusan, tedavi sonunda kusmaya devam eden, madde kötüye kullanımı öyküsü olan ve tedaviden sonra yalnız kalmaya veya başkalarına güvenmemeye devam eden kişilerde bozukluğun nüks etmesi daha olasıdır (Engel ve diğ., 2017; Vall ve Wade, 2015).

## Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu İçin Tedaviler

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %44'ü tedavi olmaktadır (NIMH, 2017). Tıkanırcasına yemenin hem bu bozuklukta (çıkarma olmadan) hem de bulimiadaki anahtar rolü göz önüne alındığında günümüzün tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavileri genellikle bulimia nervoza tedavisine benzer. Aşırı yeme kalıplarını azaltmaya veya ortadan kaldırmaya, kilo ve beden şekliyle aşırı ilgilenme gibi çarpıtılmış düşünceleri değiştirmeye yardımcı olmak için özellikle bilişsel-davranışçı terapi, diğer psikoterapi biçimleri ve bazı durumlarda ilaç tedavileri kullanılır (Sysko & Devlin, 2017; Fischer ve diğ., 2014). Araştırmalara göre bu bozukluğun tedavisinde psikoterapi genellikle antidepresanlardan daha faydalıdır.

**Mücadele eden reklam kampanyaları** 2015 yılında zayıflama üzerine çalışan şirket Protein World, Londra'da bikinili ve zayıf bir modelin yer aldığı ve "Vücudun Plaja Hazır mı?" sorusunun olduğu bir reklam yayımladı. Reklam (solda) yayımlandıktan sonra diğer vücut tiplerinin daha aşağı olduğunu ima ettiğine inanan eleştirmenler tarafından hızla protesto edildi. Büyük beden moda markası Simply Be de büyük beden bir modelin (sağda) yer aldığı bir reklam kampanyasıyla "Her Vücut Plaja Hazır" diyerek bu reklamın karşısına çıktı. Sonuçta tartışmalı Protein Dünyası reklamı İngiltere'de yasaklandı.



Nickolay Lamm of MyDeals.com/REX/Shutterstock

**"Normal Barbie"** Barbie bebeğin ultra ince ölçüleri, yıllardır genç kızlara aslında ulaşılmaz bir ideal sundu. Sanatçı Nickolay Lamm bunun yerine "ortalamanın güzel olduğunu" göstermeyi hedeflediği, 19 yaşındaki ortalama bir kadının CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) ölçülerine sahip bir Normal Barbie (sağda) tasarladı. Normal Barbie, klasik oyuncak bebekten daha kısa, daha kıvrımlı ve göğüs bölgesi de daha geniş.

Kanıtlar, bu tür müdahalelerin genellikle en azından kısa vadede etkili olduğunu göstermektedir. Danışanların yüzde 60'ı tedavinin sonunda artık tıkınırcasına yeme bozukluğu ölçütlerini karşılamıyor (Sysko & Devlin, 2017). Erken dönemdeki bu kazanımların çoğu yıllarca devam edebilir. Bununla birlikte izlem çalışmaları, iyileşen bireylerin sadece üçte birinin tam iyileşme gösterdiğini ortaya koymaktadır. Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi, tıkınırcasına yeme bozukluğunda da ilk etapta iyileşenlerin çoğu, tekrarlama riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (ANAD, 2018, 2014; Sysko & Devlin, 2017).

Elbette, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan birçok insan aynı zamanda aşırı kiloludur ve bu da ek müdahale gerektiren bir sorundur. Kilo sorunları, düzenli aşırı yeme azaltılsa veya ortadan kaldırılsa bile genellikle uzun vadeli iyileşmeye dirençlidir (Sysko & Devlin, 2017; Grilo ve diğ., 2014). Şiddetli tıkınırcasına yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu için hastanede yatan hastalarla yapılan bir izlem çalışmasında tedavi görenlerenlerin yüzde 36'sının hastaneye yatıştan 12 yıl sonra hâlâ fazla kilolu olduğu görülmüştür (Fichter ve diğ., 2008).

## ... ÖZETLE

**YEME BOZUKLUKLARI NASIL TEDAVİ EDİLİR?** Anoreksiya nervoza tedavisinde ilk adım, beslenme rehabilitasyonu adı verilen ve tedavinin bir parçası olan, hastaların kilo almalarına ve bedensel sağlıklarına kavuşmalarına yardımcı olmaktır. İkinci adım; genellikle eğitim, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ve aile terapisinin bir kombinasyonunu kullanarak altta yatan psikolojik problemler ve aile sorunlarıyla ilgilenmektir. Anoreksiya nervozada tedavisi başarıyla tamamlanan kişilerin yüzde 75'i yıllar sonra da tam veya kısmi iyileşme durumlarını korumayı sürdürmektedir. Ancak bazı vakalarda bozukluk tekrarlar

Bulimia nervoza tedavileri, önce tıkınma-çıkartma paternini durdurmaya (beslenme rehabilitasyonu) ve ardından bozukluğun altında yatan nedenleri ele almaya odaklanır. Genellikle eğitim, psikoterapi (özellikle bilişsel-davranışçı terapi) ve bazı durumlarda antidepresan ilaçlar dâhil olmak üzere çeşitli tedavi stratejileri birlikte kullanılır. Tedavi alanların yüzde 75'i sonunda ya tamamen ya da kısmen iyileşir. Nüks bir sorun olabilirken tedavi birçok insan için psikolojik ve sosyal işlevsellikte kalıcı iyileşmelere yol açar. Benzer tedaviler tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilere yardımcı olmak için de kullanılır. Bununla birlikte bu bireylerin aşırı kilolarını gidermek için de farklı müdahaleler gerekebilmektedir.

# Yeme Bozukluklarını Önlemek: Gelecek Trendi

Yeme bozukluklarının son derece zorlayıcı olduğu açıktır. Ayrıca bu bozukluklara yönelik çeşitli tedaviler, son yıllarda büyük ölçüde fayda sağlamakla birlikte bu bozuklukları olan birçok kişi için tam bir iyileşme (veya bazı durumlarda herhangi bir iyileşme) sağlanamamaktadır. Bu nedenle bazı uzmanlar, araştırmacıların yeme bozukluklarının başlamasını önleyen programların geliştirilmesine daha fazla yatırım yapması gerektiğine inanmaktadır.

Günümüzde umut verici önleme programlarından birisi psikolog Eric Stice, Carolyn Black Becker ve meslektaşları tarafından geliştirilen ve genişletilen bir program olan *Body Project*'tir (Beden Projesi) (Becker ve diğ., 2017; Stice ve diğ., 2017, 2015, 2013). İnsanları yeme bozukluklarına yatkın hâle getiren temel faktörlerden yola çıkan Body Project'te lise ve üniversite çağındaki kadınlara yönelik haftalık dört grup seansından oluşmaktadır. Bu oturumlarda, Batı toplumundaki ultra ince olmaya dair ideali sorgulayan bir dizi yoğun sözlü, yazılı, rol yapma ve davranışsal alıştırmalarla grup üyelerine rehberlik edilir. Katılımcılar ayrıca ultra ince vücut idealine ters düşen beden olumlama egzersizleri, yemek yeme ve ilgili faaliyetler, motivasyonel görüşme teknikleri, beceri geliştirme eğitimi ve sosyal destek egzersizleri ile program boyunca desteklenirler.

### KLİNİK TERCİHLER

Artık yeme bozuklukları hakkında bilgi sahibi olduğunuza göre bu bölümdeki interaktif vaka çalışmasını uygulamayı deneyin. Jenny'nin belirtilerini tanımlayabiliyor musunuz, bir bakın ve belirtilerine uygun bir tanı düşünün. Jenny için en etkili tedavi türü ne olurdu? ***Klinik Tercihlere*** erişmek için Başlangıç Çubuğuna gidin.

Henüz daha çok yeni olmasına rağmen, önleyici nitelikteki Body Project Programı araştırmalarca desteklenmektedir (Stice ve diğ.,2017, 2015). Yalnızca önleyici eğitim programlarına katılan veya hiçbir önleme programına dahil olmayan diğer genç kadınlara kıyasla, Body Project'deki katılımcıların yeme bozukluğu geliştirme oranlarının daha düşük olduğu, daha gerçekçi ve sağlıklı görünüm ideallerini sahip oldukları, yemeye dair işlevsel olmayan tutum ve davranışlarının daha az olduğu ve beden memnuniyetinin arttığı görülmektedir. Ayrıca program tamamladıktan bir yıl ve daha sonrasında yapılan izlem çalışmalarında daha fazla olumlu duygu deneyimledikleri bulunmuştur.

Açıkçası, bu program umut verici ve önemlidir. İster Body Project gibi isterse farklı biçimlerde olsun, önleme programları, kinik alanın yeme bozukluklarıyla mücadelesinde önemli bir eksiği doldurmaktadır ve gelecek yıllarda sayılarının artması muhtemeldir.

## Anahtar Terimler

anoreksiya nevroza, s. 266
kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza, s. 266
amenore, s. 268
bulumia nevroza, s. 268
tıkınma, s. 268
telafi edici davranış, s. 271
tıkınırcasına yeme bozukluğu, s. 272
çok boyutlu risk algısı, s. 275
etkili ebeveynlik, s. 275
beyin devreleri, s. 278
hipotalamus, s. 278
lateral hipotalamus (LH), P. 278
ventromedial hipotalamus (VMH), S. 278
glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1), S. 278
ağırlık noktası, s. 278
iç içe geçmiş aile örüntüsü, s.280
beslenme rehabilitasyonu, s. 283
motivasyonel görüşme, s. 283
önleme, s. 290
Beden Projesi, s. 290

## Hızlı Kısa Sınav

1. Aneroksiya nervoza ve bulumia nervozanın temel belirtileri ve özellikleri nelerdir? Her iki bozukluk arasındaki benzerlikler ve farklılıklar nelerdir? s. 266-272
2. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun temel belirtileri ve özellikleri nelerdir? Bu bozukluk bulumia nervozadan hangi yönüyle ayrılır? s. 272-274
3. Hilde Bruch'a göre ebeveynlerin bebeklerinin içsel ihtiyaçlarına ve duygularına uygun bir şekilde tepki verme konusundaki başarısızlıkları, daha sonraki bebeğin gelecekte geliştirmesi muhtemel yeme bozukluğuna nasıl katkıda bulunabilir? s. 275–276
4. Bir kişinin beyin devreleri, hipotalamusu ve ağırlık merkezi ile o kişide yeme bozukluğunun ortaya çıkması arasında nasıl bir ilişki vardır? s. 277–279
5. Sosyokültürel baskı ve faktörlerin yeme bozuklukları için zemin hazırladığını öne süren görüşe dair ne tür kanıtlar vardır? s. 279-282
6. Klinisyenler yeme bozukluğuyla çalışırken kısa dönemde ve uzun dönemde neleri hedefler? Bu hedeflere ulaşmak için kullandıkları yaklaşımlar nelerdir? s. 283-285
7. Anoreksiya nervozaya sahip kişiler, bu bozukluktan ne ölçüde kurtulabilirler? İyileşmeyi hangi faktörler etkiler? İyileşmenin sonrasında karşılaşılabilecek riskler ve sorunlar nelerdir? s. 285-286
8. Bulumia nervozanın tedavisinde temel amaçlar ve kullanılan yaklaşımlar nelerdir ve bu yaklaşımlar ne kadar etkilidir? Bir kişinin iyileşme sürecini etkileyebilecek faktörler nelerdir? İyileşmenin sonrasında karşılaşılabilecek riskler ve sorunlar nelerdir? s. 286-289
9. Tıkınırcasına yeme bozukluğu için kullanılan tedavilerin, bulumia nervoza tedavileriyle benzeşen ve farklılaşan yönleri nelerdir? s. 289-290
10. Body Project gibi yeme bozukluğun için geliştirilen önleyici programların temel özellikleri nelerdir? s. 290-291

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

10

# Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları

*"Ben Duncan. Ben bir alkoliğim." Dinleyiciler, bu aşina oldukları sözlerle sandalyelerine iyice yerleşti. Adsız Alkolikler toplantısında her zaman olduğu gibi ölüm ve yeniden doğum olaylarını duyurma seansı kısa bir süre sonra başlayacaktı...*

*"Herkesin bahsettiği o ilk içkiyi içtiğimde 15. yaşımı henüz doldurmuştum. Bir mucize gibiydi... Çoğunda olduğu gibi. Azıcık bira ile dünya değişti. Artık zayıf biri değildim, hemen hemen mahalledeki herkesi dövebilirdim. Peki ya kızlar? Birkaç biranın nasıl bana istediğim herhangi bir kıza sahip olabileceğimi hissettirdiğini tahmin edebilirsiniz...*

*İçki içmenin, lisede ve üniversitedeyken bile benim için bir sorun olduğunu şimdi açıkça görüyor olsam da o zamanlar hiç de öyle düşünmüyordum. Ne de olsa herkes içiyor, sarhoş oluyor ve aptalca davranıyordu ve ben de farklı olduğumu düşünmüyordum... Sanırım gerçekten hiç kendimden geçmemiş olmam ve günlerce içki içmeden durabiliyor olmam, işlerin kontrolden çıkmadığına dair bana güvence veriyordu ve bu, üniversitenin üçüncü yılı boyunca kendimi daha çok, daha sık içerken ve içkiden daha fazla acı çekerken bulana kadar böyle devam etti...*

*Liseden de arkadaşım olan oda arkadaşım içki içmemle ilgili başımın etini yemeye başlamıştı. İçtikten sonraki bütün gün uyuyup dersi kaçırdığım için değil ama özellikle de diğer arkadaşlarımın benim partilerde kendimi düşürdüğüm aptalca durumlar hakkında konuştuğunu duymaya başladığı için beni sıkıştırmaya başlamıştı. Ertesi sabah ne kadar titrediğimi ve çok içtiğimde ne kadar farklı olduğumu görüyordu -onun tanımıyla neredeyse aklım başımdan uçup gidiyordu. Odanın her yerinde bıraktığım şişeleri görebiliyordu ve içkinin ve kafayı bulmanın ders notlarımı nasıl etkilediğini biliyordu... Oda arkadaşıma gerçekten değer verdiğim ve onu bir arkadaş olarak kaybetmek istemediğim için içki miktarını kısmen yarı yarıya azalttım. Başta sadece hafta sonları içiyordum ve sonra sadece geceleri içmeye başladım ve bu üniversitenin geri kalanında ve hukuk fakültesinde de bu şekilde devam etti...*

*Hukuk diplomamı aldıktan kısa bir süre sonra ilk eşimle evlendim ve. . . Başladığımdan beri ilk defa içmem hiç sorun olmuyordu. Her seferinde bir damla bile içmeden haftalarca durabiliyordum...*

*İkinci oğlumuz, üçüncü çocuğumuz doğduktan sonra evliliğimiz kötüye gitmeye başladı. Çok kariyer ve başarı odaklıydım ve ailemle evde geçirecek çok az zaman kalıyordu... Seyahatlerim çok artmıştı, bu gezilerde beni tahrik eden insanlar vardı ve kabul edelim ki beni oldukça heyecanlandıran kadınlar da vardı. Bu yüzden ev dırdırcı, sıkıcı bir eş ve pek ilgilenmediğim çocuklardan farklı bir şey olmalıydı. Bu kadar çok seyahat etmek, uzağa gitmediğim zamanlarda öğle yemeğinde eğlenceli şeyler yapıyor olmak ve evdeki tartışmaları yatıştırmaya çalışmakla birlikte içki içmem tekrar kötüleşmeye başladı. Sanırım haftada bir galon çok iyi viskiyi, o veya bu şekilde içiyordum.*

*Ve bu şekilde devam ederken içki içmek hem evliliğimi hem de kariyerimi etkilemeye başladı. Kafayı çekmişken, çocuklarıma karşı sorumluluklarımı yerine getiremememden kaynaklanan suçluluk duygusunun baskısıyla bazen onlara fiziksel olarak da kaba davranırdım. Evdeki mobilyaları kırar, etrafa bir şeyler fırlatır, sonra dışarı fırlar ve arabaya biner ve giderdim. Bir kaç trafik kazası da yapmıştım hatta biri yüzünden iki yıl ehliyetimi kaybettim. Hepsinden kötüsü, içmeyi bırakmaya çalıştığım zamandı. İşte o zaman tam anlamıyla bağımlıydım, bu yüzden içkiyi her bırakmaya çalıştığımda yoksunluğu tüm dehşetiyle yaşadım... kusma ve "titreme" ve hareketsiz oturamama veya uzanamama şeklinde. Ve bu, her seferinde günlerce sürerdi...*

BÖLÜM AKIŞI


- Depresanlar
  - Alkol
  - Yatıştırıcı Hipnotik İlaçlar
  - Opiyatlar
- Uyarıcılar
  - Kokain
  - Amfetaminler
  - Uyarıcı Kullanım Bozukluğu
- Halüsinojenler, Esrar ve Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı
  - Halüsinojenler
  - Esrar
  - Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı
- Madde Kullanım Bozukluğuna Ne Sebep Olur?
  - Sosyokültürel Yaklaşım
  - Psikodinamik Yaklaşım
  - Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
  - Biyolojik Yaklaşım
  - Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı
- Madde Kullanım Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir?
  - Psikodinamik Terapiler
  - Bilişsel Davranışçı Terapiler
  - Biyolojik Tedaviler
  - Sosyokültürel Terapiler
- Diğer Bağımlılık Bozuklukları
  - Kumar Oynama Bozukluğu
  - İnternette Oyun Oynama Bozukluğu: Resmî Statü İçin Kabulü Bekleniyor
- Bilindik Bir Hikâyede Yeni Gelişmeler


© Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

#

## #AileKurbanları

Çocukların yüzde 10'undan fazlası alkol sorunu olan bir ebeveynle yaşıyor (NIAAA, 2018).

> *Sonrasında yaklaşık dört yıl önce hayatım harabeye dönerken karım, benden ve çocuklardan vazgeçmişken, işsiz kalmışken ve şansım kötüye giderken [Adsız Alkolikler] ve ben birbirimizi bulduk... Şimdi iki yıldan biraz fazla bir süredir temizim ve şans ve destekle daha da temiz kalabilirim ..."*
>
> *(Spitzer ve diğerleri, 1983, s. 87-89)*

İnsanlar, pek çok yiyecek ve içecek çeşidinin tadını çıkarır. Yeryüzündeki her madde muhtemelen bir zamanlar bir yerlerde birileri tarafından denenmiştir. İnsanlar ayrıca beynimiz ve vücudumuzun geri kalanı üzerinde ilginç etkileri olan -hem tıbbi anlamda hem de keyif veren- maddeler denedi. Baş ağrısını yatıştırmak için aspirin, enfeksiyonla savaşmak için antibiyotik veya bizi sakinleştirmesi için sakinleştirici alabiliriz. Sabah kendimize gelmek için kahve veya arkadaşlarla rahatlamak için şarap içebiliriz. Sinirlerimizi yatıştırmak için sigara içebiliriz. Bununla birlikte tükettiğimiz maddelerin çoğu bize zarar verebilir veya davranışlarımızı veya ruh hâlimizi bozabilir. Bu tür maddelerin kötüye kullanılması toplumun en büyük sorunlarından biri hâline gelmiştir, sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde madde kötüye kullanım maliyetinin her yıl toplamda 740 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (NIDA, 2017).

Toplumumuzda çok sayıda madde bulunsa da hemen hemen her gün yeni maddeler de ortaya çıkıyor. Bazıları doğadan elde edilir, bazıları doğal maddelerden elde edilir, bazıları ise laboratuvarda suni olarak üretilir. Kaygı ilaçları gibi bazıları, yasal kullanım için bir doktor reçetesi gerektirir. Alkol ve nikotin gibi diğerleri yasal olarak yetişkinler tarafından kullanılabilir. Buna rağmen eroin gibi bazıları ise her koşulda yasa dışıdır. 1962'de Amerika Birleşik Devletleri'nde sadece 4 milyon kişi esrar, kokain, eroin veya başka bir yasa dışı madde kullanmış; bugün bu sayı 131 milyona çıkmıştır (SAMHSA, 2018). Hatta geçtiğimiz ay 27 milyon kişi yasadışı madde kullanmış. Gençlerin dörtte biri yasadışı bir madde kullanmaktadır.

*Madde*, vücudumuzu veya zihnimizi etkileyen, gıda dışındaki herhangi bir şey olarak tanımlanır. İlaç olması ya da yasadışı olması gerekmez. "Madde" terimi artık genel olarak "uyuşturucu" terimi yerine kullanılmaktadır; pek çok kişi alkol, tütün ve kafein gibi maddelerin de uyuşturucu olduğunu görememektedir. Bir kişi bir maddeyi (alkol, kokain, marihuana veya bir çeşit ilaç) yuttuğunda trilyonlarca güçlü molekül kan dolaşımından beyne gider. Moleküller, beyin ve vücudun normal işleyişini bozan bir dizi biyokimyasal olay başlatır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde madde kötüye kullanımı çeşitli sorunlu durumlara yol açabilir.

Maddeler davranış, duygu veya düşüncede *geçici* değişikliklere neden olabilir, bu değişiklik kümesine DSM-5'te **madde zehirlenmesi (entoksifikasyonu)** denir. Duncan'ın da öğrendiği gibi örneğin aşırı miktarda alkol, *alkol zehirlenmesi*ne, geçici zayıf muhakeme durumuna, ruh hâli değişikliklerine, sinirlilik, konuşma bozukluğu ve zayıf koordinasyona yol açabilir. Benzer şekilde LSD gibi maddeler, büyük ölçüde algısal bozulmalardan ve halüsinasyonlardan oluşan, bazen *halüsinoz* olarak adlandırılan *halüsinojen zehirlenmesi*ne neden olabilir.

Bazı maddeler ise *uzun vadeli* sorunlara yol açabilir. Maddeleri düzenli olarak kullanan kişiler, **madde kullanım bozuklukları** -uyumsuz davranış kalıpları ve maddelerin tekrar tekrar kullanımının getirdiği reaksiyonlar- geliştirebilirler (APA, 2013). Madde kullanım bozukluğu olan kişiler belirli bir maddeyi arzulayabilir ve ona aşırı derecede bağımlı hâle gelebilir, bu da ailelerine ve sosyal ilişkilerine zarar vermesine, iş yerindeki işlevselliğinin zayıflamasına ve/veya kendilerine veya başkalarına zarar verebilir hale gelmelerine neden olabilir (bk. **Tablo 10-1**). Çoğu durumda böyle bir bozukluğu olan kişiler fiziksel olarak da maddeye bağımlı hâle gelirler, ona karşı bir *tolerans* geliştirirler ve *yoksunluk* tepkileri yaşarlar. İnsanlar **tolerans** geliştirdiklerinde istenen etkiyi ortaya çıkarmak için artan dozlarda maddeye ihtiyaç duyarlar. **Yoksunluk** tepkileri, kişi aniden maddeyi almayı bıraktığında veya kestiğinde ortaya çıkan hoş olmayan ve bazen tehlikeli olan belirtilerden -kramplar, kaygı nöbetleri, terleme, mide bulantısı- oluşur. Adsız Alkolikler toplantısında sorunlarını

TABLO: 10-1

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Madde Kullanım Bozukluğu**

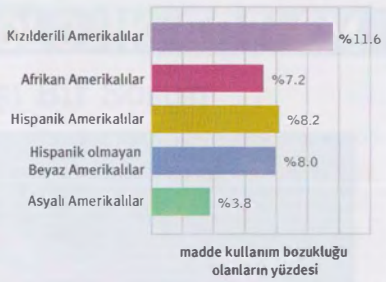
1. Birey, önemli ölçüde bozulmaya veya sıkıntıya yol açan uyumsuz bir madde kullanımı davranışı sergiler.
2. 1 yıllık bir süre içinde aşağıdaki maddenin ortaya çıkardığı belirtilerin en az 2'sinin varlığı: • Maddenin genellikle daha büyük miktarlarda alınması • Madde kullanımını azaltmaya veya kontrol etmeye yönelik başarısız çabalar • Maddeyi elde etmeye, kullanmaya veya maddenin etkilerinden kurtulmaya çalışırken çok zaman harcanması • Başlıca sorumluluklarını yerine getirememe • Kişiler arası kalıcı sorunlara rağmen kullanımın devam etmesi • Önemli etkinliklerin azaltılması • Tehlikeli durumlarda kullanıma devam edilmesi • Fiziksel veya psikolojik sorunların kötüleşmesine rağmen kullanımın devam etmesi • Madde için özlem duyma • Tolerans etkileri • Yoksunluk belirtileri.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

diğer üyelere anlatan Duncan, *alkol kullanım bozukluğu* adı verilen bir tür madde kullanım bozukluğuna sahiptir. Duncan, üniversite öğrencisi ve daha sonra avukatken alkol kullanımı ailesine, sosyal, akademik ve iş hayatına zarar vermiştir. Ayrıca zamanla alkole karşı bir tolerans oluşturmuş ve kullanmayı bırakmaya çalıştığında kusma ve titreme gibi yoksunluk belirtileri yaşamıştır.

Bir yıl içerisinde,Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm gençlerin ve yetişkinlerin yüzde 7,8'i, yaklaşık 21 milyon kişi, madde kullanım bozukluğu tanısı almaktadır (SAMHSA, 2018). Kızılderili Amerikalılar, Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksek madde kullanım bozukluğu oranına sahipken (yüzde 11,6) Asyalı Amerikalılar en düşük (yüzde 3,8) orana sahiptir. Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar, Hispanik Amerikalılar ve Afrikalı Amerikalılar yüzde 7 ile 8,2 arasında oranlara sahiptir (SAMHSA, 2018) (bk. **Şekil 10-1**). Madde kullanım bozukluğu olanların yalnızca yüzde 18'i bir ruh sağlığı uzmanından tedavi görmektedir.

İnsanların kötüye kullandığı maddeler birkaç kategoriye ayrılır: *depresanlar, uyarıcılar, halüsinojenler* ve *esrar*. Bu bölümde en sorunlu maddelerden bazılarını ve sebep olabilecekleri anormal davranışları okuyacaksınız. Ek olarak bölümün sonunda DSM-5'in ek bir bağımlılık bozukluğu olarak listelediği bir sorun olan *kumar oynama bozukluğunu* okuyacaksınız. DSM-5, madde kullanım bozukluklarının yanı sıra bu davranış kalıbını da listeye dâhil ederek bu sorunun madde kullanım bozukluklarının belirtileri ve nedenleri ile basit bir benzerlikten çok daha fazlasını paylaşan bağımlılık benzeri belirtileri ve nedenleri olduğunu öne sürmektedir.




**ŞEKİL 10-1**

**Madde Kullanım Bozukluklarında Irk / Etnik Gruplar Nasıl Farklılaşır?**

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Kızılderili Amerikalıların madde kullanım bozukluğuna sahip olma olasılığı diğer etnik veya kültürel grupların üyelerinden daha fazladır (Bilgi kaynağı: SAMHSA, 2018).

# Depresanlar

Depresanlar, merkezî sinir sisteminin aktivitesini yavaşlatır. Gerginliği ve ketlenmeleri azaltır ve bir kişinin muhakemesini, motor aktivitelerini ve konsantrasyonunu yavaşlatır. En yaygın kullanılan üç depresan grubu *alkol, yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar* ve *opiyatlardır*.

## Alkol

Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında 2 milyar insanın **alkol** tükettiğini tahmin ediyor. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayanların yarısından fazlası en azından zaman zaman alkol içeren içecekler almaktadır (SAMHSA, 2018). Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde bira, şarap ve likör satışları, her yıl on milyarlarca doları bulmaktadır.

İnsanlar tek seferde beş veya daha fazla miktarda içki içtiğinde buna *aşırı içki tüketimi* denir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çoğu erkek olan 11 yaşın üzerindeki insanların yüzde yirmi beşi her ay aşırı içki alıyor (SAMHSA, 2018). 11 yaşın üzerindeki insanların yaklaşık yüzde 6,5'i her ay en az beş kez içiyor. Bu kişiler, ağır içiciler olarak da kabul edilirler. Ağır içiciler arasında erkeklerin sayısı kadınlardan en az 2'ye 1 fazladır.

Tüm alkollü içecekler, mide ve bağırsak zarı yoluyla kana hızla karışan bir kimyasal olan *etil alkol* içerir. Etil alkol, kan dolaşımı ile merkezî sinir sistemine (beyin ve omurilik) taşındığında hemen etkisini göstermeye başlar ve burada çeşitli nöronlara bağlanarak bu nöronların işlev görmesini yavaşlatır veya bastırır. Etil alkolün bağlandığı önemli bir nöron grubu, normalde nörotransmiter GABA'yı alan nöronlardır. Bölüm 4'te gördüğünüz gibi GABA belirli nöronlar tarafından alındığında *engelleyici* bir mesaj -ateşlemeyi durdurma mesajı- taşır. Alkol, bu nöronlardaki reseptörlere bağlandığında görünüşe göre GABA'ya nöronların işlevini durdurması için yardımcı olur ve böylece alkol içen kişiyi rahatlatmaya yardımcı olmuş olur (Farokhnia ve diğerleri, 2018; Nace, 2011, 2005).

İlk başta etil alkol, beynin yargılamayı ve ketlenmeyi kontrol eden alanlarını baskılar; insanlar daha gevşek, daha konuşkan ve genellikle daha arkadaş canlısı hâle gelir. Oto kontrolleri bozulduğunda kendilerini rahat, kendinden emin ve mutlu hissedebilirler. Daha fazla alkol alındığında alkol, merkezî sinir sistemindeki başka bölgeleri de yavaşlatır, içenlerin daha az doğru kararlar vermesine, daha az dikkatli ve tutarlı konuşmalar yapmalarına ve hafızalarının zayıflamasına neden olur. Birçok insan son derece duygusal ve muhtemelen daha gürültülü ve agresif hâle gelir.

**Madde zehirlenmesi** Bir maddenin yutulması sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan geçici istenmeyen davranışsal veya psikolojik değişiklikler kümesi.

**Madde kullanım bozukluğu** Bir maddenin tekrar tekrar kullanımıyla ortaya çıkan uzun süreli uyumsuz davranışlar ve tepkiler.

**tolerans** Beynin ve vücudun daha erken etkiler yaratmak için daha yüksek dozlarda madde alma ihtiyacı.

**yoksunluk** Bir maddeyi kullanan kişiler düzenli olarak maddeyi almayı bıraktığında veya dozu azalttığında ortaya çıkabilen hoş olmayan, bazen tehlikeli reaksiyonlar.

**alkol** Bira, şarap ve likör dâhil olmak üzere etil alkol içeren herhangi bir içecek.

Kişi içmeye devam ettikçe motor zorlukları artar ve tepki süresi yavaşlar. İnsanlar ayakta durduklarında veya yürürken, kararsız ve basit aktiviteleri yaparken bile beceriksiz olabilirler. Bir şeyleri düşürebilir, kapılara ve mobilyalara çarpabilir ve mesafeleri yanlış değerlendirebilirler. Görmeleri, özellikle çevresel veya yan görüşleri bulanıklaşır ve işitme güçlüğü çekerler. Sonuç olarak çok fazla alkol tüketen kişiler, araba kullanmakta veya basit sorunları çözmekte büyük zorluk yaşayabilirler.

Etil alkolün etkisinin derecesi, kandaki *konsantrasyonu* veya oranı ile belirlenir. Bu nedenle belirli bir miktarda alkol, iri bir insan üzerinde minyon bir kişiye göre daha az etkiye sahiptir. Cinsiyet de ayrıca kandaki alkol konsantrasyonunu etkiler. Kadınlarda kana girmeden önce midede alkolü parçalayan mide enzimi *alkol dehidrojenaz* daha az bulunur. Bu nedenle kadınlar, eşit dozda alkol alan erkeklerden daha fazla sarhoş olurlar ve kadınların alkolden fiziksel ve psikolojik zarar görme riski benzer miktarlarda alkol alan erkeklerden daha fazla olabilir (Mukamal, 2018).

Normal işlevlerde bozulma seviyeleri, kandaki etil alkol konsantrasyonu ile yakından ilişkilidir. Alkol konsantrasyonu kan hacminin %0,06'sına ulaştığında kişi genellikle gevşemiş ve rahatlamış hisseder. Ancak %0,09'a ulaştığında kişi, sarhoşluk sınırını aşar. Seviye %0,55'e çıkarsa kişi muhtemelen ölür. Çoğu insan bu seviyeye ulaşmak için yeterince içmeden önce bilincini kaybeder, yine de Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1000'den fazla kişi kandaki çok yüksek alkol seviyesinden ölmektedir (Mukamal, 2018; Hart ve Ksir, 2017).



AP Photo/The Daily Times, Marc F. Henning

**Alkolün etkilerinin simülasyonu** 16 yaşındaki bir öğrenci alkol gibi etkilere neden olan bir çift gözlük takarak bir engelli parkurunda ilerliyor. Bu etkinlik, New Mexico lisesinde öğrencilere alkolün görme ve denge üzerindeki etkileri konusunda uygulamalı deneyim sağlamak için tasarlanmış DUI önleme programının bir parçası.

Alkolün etkileri ancak kandaki alkol konsantrasyonu düştüğünde azalır. Alkolün çoğu karaciğer tarafından karbondioksit ve suya dönüştürülür veya *metabolize edilir*, dışarı atılabilir. Bu metabolizmanın ortalama hızı, saatte 30 gramın %25'i civarındadır ancak her insanın karaciğeri farklı hızlarda çalışır. Bu nedenle kişilerin "ayılma" süreleri de farklılık gösterir. Popüler inanışın aksine, yalnızca zaman ve metabolizma bir insanı ayıltabilir. Sade kahve içmek, yüzüne soğuk su çarpmak veya "kendini toparlamak" bu süreci hızlandırmaz.

**Alkol Kullanım Bozukluğu** Yasal olmasına rağmen alkol aslında eğlence amaçlı maddeler içinde en tehlikeli olanlardan biridir ve ömür boyu da kullanılabilir. Aslında ortaokul öğrencilerinin yaklaşık %23'ü geçmişte bir miktar alkol kullandığını kabul ederken lise son sınıf öğrencilerinin %33'ü her ay alkol aldığını (çoğu sarhoş olma noktasına kadar) ve %1,3'ü her gün içki içtiğini bildirmektedir (Johnston ve diğerleri, 2017). Alkol kötüye kullanımı, üniversite kampüslerinde de önemli bir sorundur (bk. ***Psikolojik Gözlem***).

Anketler bir yıllık süre içinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 11 yaşın üzerindeki tüm insanların %5,9'unun, popüler terimlerle *alkolizm* olarak bilinen *alkol kullanım bozukluğu* sergilediğini göstermektedir (SAMHSA, 2018). Özellikle gençler için bu oran %2,5'tir. Bu bozukluğa sahip erkeklerin sayısı kadınları 2'ye 1 oranında geçmektedir.

Şu anki alkolizm yaygınlığı, Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar için %6,1, Hispanik Amerikalılar için %6,4 ve Afrikalı Amerikalılar için %4,9'dur (SAMHSA, 2018). Kızılderili Amerikanlar, özellikle de erkekler, bu grupların herhangi birinden daha yüksek oranda alkol kullanım bozukluğu sergileme eğilimindedir. Her ne kadar yaygınlık oranları farklı Kızılderili Amerikan toplulukları arasında büyük farklılıklar gösterse de genel olarak Kızılderili Amerikanların %9,7'si bu bozukluğu yaşamaktadır. Genel olarak Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerdeki Asyalılar, diğer kültürlerden insanlara göre daha düşük alkolizm oranına (%3,2) sahiptir. Bu bireylerin yarısı, alkolü parçalamaktan sorumlu kimyasal olan alkol dehidrojenaz eksikliğine sahiptir. Bu nedenle az bir alkol alımına bile oldukça olumsuz tepki verirler.

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

# Üniversitelerde Aşırı Alkol Tüketimi: Müfredat Dışı Bir Sorun

Kısa sürede çok miktarda alkol almak veya *aşırı içki tüketmek*, üniversite kampüslerinde ve diğer birçok ortamda ciddi bir sorundur. Araştırmalar, üniversite öğrencilerinin %38'inin her ay en az bir kez, üçte birinin ayda altı kez veya daha fazla içki içtiğini göstermektedir (SAMHSA, 2018; NIAAA, 2017). Birçok çevrede alkol kullanımı üniversite hayatının kabul edilen bir parçasıdır ancak aşağıdaki istatistiklere bir göz atın:

- Alkolle ilişkili tutuklamalar kampüslerdeki tüm tutuklamaların yüzde 83'ünü oluşturmaktadır.
- Üniversite kampüslerindeki tüm cinsel saldırıların yarısından fazlası aşırı alkol tüketimini içermektedir.
- Alkol, akademik sorunların en az yüzde 25'inde ve üniversiteyi terk etme vakalarının yüzde 28'inde rol oynayan bir faktördür.
- Her yıl yaklaşık 700.000 öğrenci bir içki içen öğrenci tarafından fiziksel veya duygusal olarak travma geçirmekte veya saldırıya uğramaktadır.
- Üniversite öğrencilerinin yarısı "sarhoş olmak için içmenin", alkol almak için önemli bir neden olduğunu söylemektedir.
- Aşırı içki tüketmek, genellikle ruh hâli, hafıza, beyin fonksiyonları ve kalp fonksiyonları üzerinde kalıcı bir etkiye sahiptir.
- Aşırı içki tüketmek, her yıl üniversite çağındaki kişiler arasında 4.300 ölümle bağlantılıdır.
- Üniversite öğrencileri arasında aşırı içki tüketen kadın sayısı son on yılda %31 artmıştır.

(CDC, 2018, 2017, 2016; NIAAA, 2017; Nourse ve diğ., 2017; NCASA, 2007; Abbey, 2002)



© Andrew Lichtenstein/Sygma via Getty Images

**Sınırları test etmek** Bu resimdekine benzer davranışları içeren üniversitede aşırı içki tüketimi, son yıllarda çok sayıda ölüme yol açmıştır.

Bu bulgular, bazı eğitimcilerin aşırı içiciliği tam zamanlı üniversite öğrencileri için "bir numaralı halk sağlığı tehlikesi" olarak tanımlamasına yol açmış ve birçok araştırmacı ve klinisyen de dikkatlerini bu konuya çevirmiştir. Yukarıdaki araştırmalar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversite kampüslerinde 100.000'den fazla öğrenci üzerinde yapılmıştır (CDC, 2018, 2017; Greene ve Maggs, 2017; NIAAA, 2017). Diğer yararlı bilgilerin yanı sıra bu çalışmalarda aşırı içki tüketme olasılığı en yüksek olan öğrencilerin, erkek öğrencilere yönelik kulüp/kardeşlik evlerinde veya kız öğrencilere yönelik kulüp/kardeşlik evlerinde kalan, parti merkezli bir yaşam tarzı sürdüren ve madde kötüye kullanımı gibi yüksek riskli davranışlarda bulunan öğrenciler olduğu bulunmuştur. Anketler, lisede aşırı içki içen öğrencilerin üniversitede de aşırı içki içme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu tür kalıpları değiştirmek için bir takım girişimler de ortaya çıkmıştır. Örneğin birçok üniversite artık madde kullanımının yasak olduğu yurt imkânlarını sunmaktadır. Araştırmalar, bu üniversite yurtlarında kalanların aşırı içki tüketme oranının kulüp evlerinde kalan öğrencilerin oranının yarısı olduğunu göstermektedir (Lippy ve DeGue, 2016; Wechsler ve diğerleri, 2002). Bu ve diğer yapılan araştırma çabaları umut vericidir. Bununla birlikte klinik alandaki çoğu kişi, büyük bir toplumsal sorun hâline gelen bu sorunu tam olarak anlamamıza, önlememize ve tedavi etmemize yardımcı olması için çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu konusunda hemfikirdir.

Bu tür tepkiler, uzun süreli alkol kullanımını önlemeye yardımcı olur (Chang, Hsiao ve Chen, 2017).

**KLİNİK TABLO** Genel olarak konuşursak alkol kullanım bozukluğu olan kişiler düzenli olarak aşırı miktarda içerler ve normalde kendilerini endişelendirecek şeyleri yapabilmek için alkolden güç alırlar. Sonunda içme kişilerin sosyal davranışlarını, düşünme ve çalışma becerilerini olumsuz yönde etkiler. Bu kişiler aile üyeleri veya arkadaşları ile sık sık tartışabilir, sürekli işlerini aksatabilir hatta işlerini kaybedebilirler. Kronik ağır içicilerin MRI taramaları beyinlerinin çeşitli bölgelerinde hasarlar olduğu ve buna bağlı olarak hafızalarında, düşünme hızlarında, dikkat becerilerinde ve dengelerinde bozukluklar olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Tetrault ve O'Connor, 2017).

## #TehlikeAltındaki Sporcular

Üniversitede sporcuların (hem erkek hem de kadın), sporcu olmayan üniversite öğrencilerine göre içki içme, çok içme ve aşırı içki içme olasılığı daha yüksektir (Taylor ve diğerleri, 2017; Burnsed, 2014).

Bireysel olarak insanlarda alkolizm örüntüleri farklılık gösterir. Bazıları her gün çok miktarda alkol alır ve sarhoş olana kadar içmeye devam eder. Bazıları ise haftalarca veya aylarca sürebilen periyodik olarak aşırı içki içmeye devam eder. Bu kişiler günlerce sarhoş olabilirler ve daha sonra bu dönem hakkında hiçbir şey hatırlayamayabilir. Diğer yandan bazıları ise aşırı içki içmelerini hafta sonları, akşamları veya her ikisiyle sınırlayabilir.

**TOLERANS VE YOKSUNLUK** Pek çok insan için alkol kullanım bozukluğu, tolerans ve yoksunluk tepkilerinin belirtilerini içerir (Pace, 2017; Tetrault ve O'Connor, 2017). Vücutları alkole tolerans geliştirdikçe etkilerini hissetmek için daha fazla miktarlarda alkol almak gerekir. Buna ek olarak insanlar alkol almayı bıraktıklarında da yoksunluk belirtileri gösterirler. Saatler içinde elleri, dilleri ve göz kapaklarında titremeler başlar, kendilerini güçten düşmüş hissederler ve mide bulantısı yaşarlar, terlerler ve kusarlar, kalpleri hızla atmaya başlar ve tansiyonları yükselir. Ayrıca endişeli, depresif hissederler, uyumada zorlanırlar veya huzursuz olabilirler (APA, 2013).

Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin küçük bir yüzdesi, **titrememe hezeyanı (deliryum tremens ("DT'ler")** adı verilen dramatik şiddette yoksunluk belirtileri gösterir. Bu belirtiler içmeyi bıraktıktan veya içmeyi azalttıktan sonraki üç gün içinde başlayan korkunç görsel halüsinasyonlardan oluşur. Bazı insanlar; onları kovalayan veya sürünen küçük, korkutucu hayvanları veya gözlerinin önünde dans eden nesneleri görür. Diğer alkol yoksunluk belirtilerinin çoğu gibi DT'ler de genellikle 2 ila 3 gün boyunca devam eder. Bununla birlikte bunun gibi ciddi yoksunluk belirtisi olan kişiler nöbet de geçirebilir, bilinçlerini de kaybedebilir, felç de geçirebilir hatta ölebilir de. Günümüzde bazı tıbbi prosedürler, bu tür aşırı tepkileri önlemeye veya azaltmaya yardımcı olabilir.

**ALKOLİZMİN KİŞİSEL VE SOSYAL ETKİLERİ NELERDİR?** Alkolizm milyonlarca aileyi, sosyal ilişkiyi ve kariyeri yok eder (Mukamal, 2018). Tıbbi tedavinin uygulanması, üretkenlik kaybı ve alkolizmden ölümlere bağlı kayıplar gibi topluma yılda milyarlarca dolara mal olur. Bu bozukluk ayrıca Birleşik Devletler'deki tüm ölümcül otomobil kazalarının %29'u dâhil olmak üzere tüm intiharların, cinayetlerin, saldırıların, tecavüzlerin ve kaza sonucu ölümlerin üçte birinden fazlasında rol oynamaktadır (CDC, 2017; Gifford ve diğerleri, 2010). Sarhoş sürücüler her yıl 10.000'den fazla ölümden sorumludur. Tüm yetişkinlerin yaklaşık %10'u son bir yıl içinde en az bir kez sarhoşken araba kullanmıştır (SAMHSA, 2018). Bu korkutucu bir sayı olsa da sarhoşken araç kullanma oranlarında 2002'den bu yana önemli bir düşüş de gözlenmektedir.

Alkolizmin, bu rahatsızlığı olan insanların çocukları (30 milyon çocuk) üzerinde de ciddi etkileri vardır. Bu çocuklar için ev hayatı, muhtemelen çok fazla çatışma ve belki de cinsel veya diğer istismar biçimlerini içermektedir. Buna karşılık, çocukların yüksek oranda psikolojik sorunları da vardır (Thapa, Selya ve Jonk, 2017; Gold, 2016). Birçoğunun öz saygısı düşüktür, iletişim becerileri ve sosyalliği zayıftır ve kendi evliliklerinde de sorunları vardır.

**Madde kötüye kullanımı ve spor taraftarları** Son yıllarda artan ilgi gören bir sorun, spor etkinliklerinde taraftarlar tarafından aşırı içki içimidir. Atina'daki bu playoff maçında iki futbolcu yükselen bir top için zıplarken çoğu sarhoş olan taraftarlar plastik koltukları söktüler, sahaya işaret fişekleri fırlattılar ve oyunculara bozuk para ve taş attılar.



AP Photo/Aris Messinis

Uzun süreli aşırı içki tüketimi, bir kişinin fiziksel sağlığına da ciddi şekilde zarar verebilir (Mukamal, 2018; Gramlich, Tandon ve Rahman, 2017). Alkol karaciğeri o kadar fazla çalıştırır ki insanlar, karaciğerin zedelendiği ve işlevsiz hâle geldiği *siroz* adı verilen geri dönüşü olmayan bir durum geliştirebilir. Siroz, her yıl 38.000'den fazla ölüme neden olmaktadır (CDC, 2017). Alkol kullanım bozukluğu kalbe de zarar verebilir ve bağışıklık sisteminin kanser, bakteriyel enfeksiyonlar ve AIDS ile savaşma yeteneğini azaltabilir.

Uzun süreli aşırı içme önemli beslenme sorunlarına da neden olur. Alkol insanı tok hissettirir ve yeme arzusunu azaltır ancak alkolün besin değeri yoktur. Sonuç olarak kronik içiciler yetersiz beslenir, zayıflar ve hastalığa yatkın hâle gelir. Vitamin ve mineral eksiklikleri de sorunlara neden olabilir. Örneğin alkolle

ilişkili B1 vitamini (tiamin) eksikliği, aşırı kafa karışıklığı, hafıza kaybı ve diğer nörolojik belirtilerle kendini gösteren bir hastalık olan *Korsakoff sendromuna* yol açabilir (Mukamal, 2018; Gramlich ve diğerleri, 2017). Korsakoff sendromu olan kişiler geçmişi hatırlayamaz veya yeni bilgiler öğrenemez ve bu boşlukları doldurmak için *uydurma olaylar anlatarak* (konfabulasyon) hafıza kayıplarını telafi edebilir.

Hamilelik sırasında içki içen kadınlar fetüslerini riske atarlar (Chang, 2018; Popova ve diğerleri, 2017). Hamilelik sırasında aşırı alkol kullanımı bebeğin zihinsel engellilik, hiperaktivite, baş ve yüzde şekil bozukluğu, kalp rahatsızlıkları ve yavaş büyümeyi de içeren bir sorun olan **fetal alkol sendromu** ile doğmasına neden olabilir (Weitzman ve Rojmahamongkol, 2018). Genel popülasyonda her 1000 bebekten yaklaşık 1'inin bu sendromla doğduğu tahmin edilmektedir (CDC, 2017). Bu oran, alkol kullanma sorunu olan her 1000 kadının bebeğinden 67'sine kadar yükselebilir (Popova ve diğerleri, 2017). Alkolle ilgili tüm doğum kusurları (*Fetal alkol spektrum bozukluğu* olarak bilinir.) dâhil edilirse bu oran 1000 aşırı içki içen kadın başına 80 ila 200 bu şekilde doğum olarak görülür. Ek olarak hamileliğin erken döneminde aşırı içki tüketmek sıklıkla düşüklere neden olur. Anketlere göre hamile Amerikalı kadınların yüzde 9,3'ü son bir ay içinde alkol almış ve hamile kadınların yüzde 4,6'sı aşırı içki içme vakası olarak değerlendirilmiştir (SAMHSA, 2018).

**Eğer alkol yüksek derecede bağımlılık yapıyorsa ve bu kadar çok psikolojik, fiziksel, sosyal ve kişisel soruna neden oluyorsa, neden çoğu ülkede hala yasal?**

**titrememem hezeyanı (DT)** Kafa karışıklığı, bulanık bilinç ve görsel halüsinasyonlardan oluşan dramatik bir alkol yoksunluk tepkisidir.

**fetal alkol sendromu** Hamilelik sırasında aşırı alkol alımının neden olduğu, bir çocukta baş ve yüzdeki düzensizlikleri ve zihinsel eksiklikleri içeren bir dizi sorun.

**yatıştırıcı-hipnotik ilaç** Kaygıyı azaltmak için düşük dozlarda ve insanların uyumasına yardımcı olmak için daha yüksek dozlarda kullanılan bir ilaç. Anksiyolitik ilaç olarak da adlandırılır.

**barbitüratlar** Kaygıyı azaltan ve insanların uyumasına yardımcı olan bağımlılık yapan yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar.

**benzodiazepinler** En yaygın anksiyete ilaçları grubu, Xanax dâhil.

**opiat** Afyon, afyondan elde edilen ilaçlar ve benzeri sentetik ilaçlar.

**afyon** Haşhaş özünden yapılan son derece bağımlılık yapan bir madde.

## Yatıştırıcı Hipnotik İlaçlar

**Anksiyolitik** ("Anksiyeteyi/kaygıyı azaltan" anlamına gelir.) **ilaçlar** olarak da adlandırılan **yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar**, rahatlama ve uyuşukluk duyguları üretir. Düşük dozlarda ilaçların sakinleştirici veya yatıştırıcı etkisi vardır. Daha yüksek dozlarda uyku getirici veya hipnotiktir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, **barbitüratlar** adı verilen bir grup ilaç, en yaygın olarak reçete edilen yatıştırıcı-hipnotik ilaçlardı. Hâlâ bazı doktorlar tarafından reçete edilmesine rağmen bu ilaçlar büyük ölçüde, genellikle daha güvenli olan ve zehirlenme, tolerans etkileri ve yoksunluk reaksiyonlarına yol açma olasılığı daha düşük olan **benzodiazepinler** ile yer değiştirmiştir.

4. Bölümde belirtildiği gibi 1950'lerde geliştirilen benzodiazepinler, günümüzdeki en popüler yatıştırıcı hipnotik ilaçlardır. Xanax, Ativan ve Valium klinik kullanımda en çok bilinen ilaçlar arasındadır. Yılda toplam 130 milyon benzodiazepin ilaç reçete edilmektedir (Soyka, 2017; Bachhuber ve diğerleri, 2016). Alkol ve barbitüratlar gibi benzodiazepinler de GABA'yı alan nöronlar üzerindeki reseptörlere bağlanarak GABA'nın bu nöronlardaki aktivitesini artırır ve insanları sakinleştirir (Tietze ve Fuchs, 2017). Ama benzodiazepinler, insanları diğer yatıştırıcı-hipnotikler kadar uykulu hâle getirmeden endişeyi giderir. Ayrıca bir kişinin nefes almasını yavaşlatma olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle de aşırı doz durumunda ölüme neden olma olasılığı da daha düşüktür.

Benzodiazepinler ilk keşfedildiğinde o kadar güvenli ve etkili görünmüşler ki doktorlar bu ilaçları cömertçe reçete etmiş ve kullanımları oldukça yaygın hâle gelmiştir. Sonunda yeterince yüksek dozlarda ilacın, zehirlenmeye neden olabileceği ve uyuşturuculara duyulan aş erme, tolerans etkileri ve yoksunluk belirtileri ile belirginleşen *yatıştırıcı-hipnotik madde kullanım bozukluğuna* yol açabileceği ortaya çıkmıştır (Greller ve Gupta, 2017; Park, 2017). Bir yıllık bir süre boyunca Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm yetişkinlerin yüzde 0,4'ü bu bozukluğu sergilemektedir (SAMHSA, 2018).

**Daha saf karışım** Afganistan'ın güneyindeki bir haşhaş tarlasındaki bu gibi haşhaşlardan elde edilen eroin, bugün otuz yıl öncesine göre daha saf ve daha güçlüdür (yüzde 65 saf olmasına karşın yüzde 5 saf olması).



Stringer /EPA/Newscom

## Opiyatlar

**Opiyatlar** haşhaş öz suyundan elde edilen afyondan; eroin, morfin ve kodein gibi afyondan türetilen ilaçlardan ve benzeri **sentetik** (laboratuvarda üretilmiş) ilaçlardan oluşur. **Afyon** binlerce yıldır kullanılmaktadır. Geçmişte hem fiziksel hem de duygusal ağrıyı azaltma kabiliyeti



Brennan Linsley/AP Photo

**Eroin enjekte etmek** Opiatlar ağızdan alınabilir, solunabilir, burundan çekilebilir, deri yüzeyinin hemen altına enjekte edilebilir veya intravenöz olarak enjekte edilebilir. Burada bir bağımlı, bağımlıların Porto Riko, San Juan şehir merkezinde toplandığı birçok uyuşturucu mekânlarından birinde eroin enjekte ediyor.

nedeniyle tıbbi rahatsızlıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmıştır. Ancak sonrasında doktorlar ilacın bağımlılık yaptığını keşfetmişlerdir.

1804'te afyondan yeni bir madde olan **morfin** elde edilmiştir. Yunan uyku tanrısı Morpheus'un adını taşıyan bu ilaç, ağrıyı afyondan daha iyi gidermiş ve başlangıçta güvenli olarak kabul görmüştür. Bununla birlikte ilacın yaygın kullanımı, sonunda bu ilacın da bağımlılığa yol açabileceğini ortaya çıkarmıştır. Birleşik Devletler İç Savaşı sırasında o kadar çok yaralı askere morfin iğnesi yapılmıştır ki morfin bağımlılığı "asker hastalığı" olarak bilinmeye başlanmıştır.

1898'de morfin, bir başka ağrı kesiciye **eroine** dönüştürülmüştür. Birkaç yıl boyunca eroin harika bir ilaç olarak görülmüş ve öksürük ilacı olarak ve diğer pek çok tıbbi amaç için kullanılmıştır. Yine bir süre sonra doktorlar, eroinin diğer opiyatlardan daha fazla bağımlılık yaptığını anlamıştır. 1917'ye gelindiğinde ABD Kongresi, afyondan elde edilen tüm uyuşturucuların bağımlılık yaptığı sonucuna varmış ve opiyatların tıbbi amaçlar dışında yasa dışı olduğuna dair bir yasa çıkarmıştır.

**Opiatlar gibi kontrollü kullanıldığında yardımcı olabilecek ancak aşırı veya kontrolsüz bir şekilde kullanıldığında tehlikeli olabilecek başka maddeler veya faaliyetler düşünebiliyor musunuz?**

Buna rağmen afyondan başka ilaçlar da türetilmiştir ve yukarıda belirtildiği gibi metadon gibi sentetik opiyatlar da geliştirilmiştir. Bu farklı opiyat ilaçlar topluca *narkotik maddeler* olarak da bilinir. Her ilacın farklı bir gücü, etki hızı ve tolerans seviyesi vardır. Morfin, *kodein* ve *oksikodon* (OxyContin ve Percocet adlı ilaçlardaki ana bileşen) genellikle ağrıyı hafifletmek için reçete edilen tıbbi opiyatlardır. Bu opiyatların aksine eroin Amerika Birleşik Devletleri'nde her koşulda yasa dışıdır.

Çoğu opiyat içilir solunur, burundan çekilir, enjekte edilir veya birçok ağrı kesicide olduğu gibi hap veya sıvı formda yutulur. Enjeksiyonla alındığında opiyat derinin hemen altında ("deri patlatma"), bir kasın derinliklerinde veya doğrudan bir damara ("damardan alma") verilebilir. Bir enjeksiyon hızlı bir şekilde yoğun *keyif hâline* -bazen orgazm ile karşılaştırılan bir sıcaklık ve kendinden geçme- neden olur. Kısa spazmın ardından saatlerce süren, *sarhoşluk* veya *uyuklama* denilen hoş gelen bir his gelir. Uyuşturucu kullanan kişi kendini rahatlamış, mutlu hisseder ve yemek, seks veya diğer bedensel ihtiyaçlarla ilgilenmez.

Opiyatlar bu etkileri merkezî sinir sistemini, özellikle de duyguyu kontrol etmeye yardımcı olan merkezleri baskılayarak yaratır. İlaçlar, ağrıyı hafifletmeye ve duygusal gerginliği azaltmaya yardımcı olan nörotransmiterler olan, normalde **endorfin** alan beyin reseptör bölgelerine bağlanır (Stolbach ve Hoffman, 2018). Bu reseptör bölgelerindeki nöronlar opiyat aldıklarında, tıpkı endorfin aldıklarında olduğu gibi zevkli ve sakinleştirici duygular üretirler. Opiyatlar ağrıyı ve gerginliği azaltmanın yanı sıra mide bulantısına, göz bebeklerinde daralmaya ("tam olarak göz bebekleri") ve kabızlığa, beyindeki endorfin salgılanmasıyla da ortaya çıkabilen bedensel reaksiyonlara neden olur.

**Opiyat Kullanım Bozukluğu** Eroin kullanımı, opiyatların yarattığı sorun türlerine örnek teşkil eder. Birkaç hafta boyunca sürekli eroin aldıktan sonra kullanıcılar *opiyat kullanım bozukluğu* geliştirebilir. Eroin kullanımı, kişilerin sosyal ve mesleki işleyişlerine önemli ölçüde müdahale eder ve hayatları uyuşturucuya odaklanır. Ayrıca eroine tolerans geliştirebilirler ve almayı bıraktıklarında yoksunluk tepkileri gösterebilirler (Sevarino, 2017; Strain, 2017). İlk başta yoksunluk belirtileri kaygı, huzursuzluk, terleme ve hızlı nefes almadır; daha sonra şiddetli titreme, ağrılar, ateş, kusma, ishal, iştahsızlık, yüksek tansiyon ve 8 kg'a kadar kilo kaybını (vücut sıvılarının kaybına bağlı olarak) içerir. Bu belirtiler genellikle üçüncü günde zirveye ulaşır, sonra yavaş yavaş azalır ve sekizinci günde kaybolur. Eroini bırakan bir kişi ya belirtilerin geçmesini bekleyebilir ya da eroini tekrar alarak bırakmayı sona erdirebilir.

Bu tür insanlar kısa bir süre sonra sadece yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için eroine ihtiyaç duyarlar ve bu rahatlamayı elde etmek için bile sürekli olarak dozlarını arttırmaları gerekir. Geçici sarhoşluk daha az yoğun ve daha az önemli

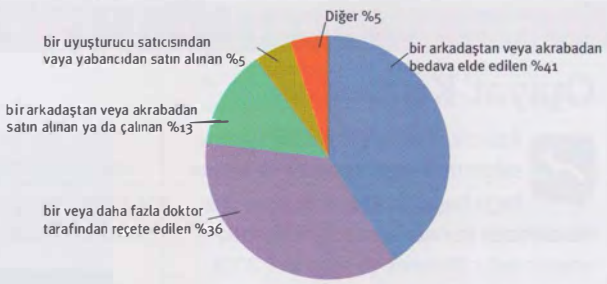
**morfin** Afyondan türetilen ve özellikle ağrının giderilmesinde etkili olan, oldukça bağımlılık yapan bir madde.

**eroin** Afyondan elde edilen en çok bağımlılık yapan maddelerden biri.

**endorfinler** Ağrıyı hafifletmeye ve duygusal gerginliği azaltmaya yardımcı olan nörotransmiterler. Bazen vücudun kendi opiatları olarak anılırlar.

hâle gelir. Eroin kullanıcıları, zamanlarının çoğunu bir sonraki dozlarını planlamak için harcayabilir, çoğu durumda bu pahalı "alışkanlığı" karşılamak için hırsızlık ve fuhuş gibi suç faaliyetlerine yönelebilirler (Hart ve Ksir, 2017).

Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerin yüzde 1'inden fazlasının, toplam 2,6 milyon kişinin, bir yıl içinde opiyat kullanım bozukluğu sergilediğini göstermektedir (SAMHSA, 2018). Özellikle gençler arasında prevalans daha da yüksek olabilir (Johnston ve diğerleri, 2017). Bu kişilerin çoğu (yüzde 80) ağrı kesici opiyatlara, oksikodon gibi reçeteli ilaçlara bağımlıdır (bk. **Şekil 10-2**). Opiyat kullanım bozukluğu olanların yaklaşık yüzde 20'si eroin bağımlısıdır. Opiyat bağımlılığı oranı 1980'lerde önemli ölçüde düşmüş, 1990'ların başında ise yükselmiş, 1990'ların sonunda yeniden düşmüş ve şimdi bir kez daha yükselmektedir. Aslında son birkaç yılda bu oranın hızlı artışı -gençler arasındaki artış da dâhil- ve opiyat aşırı dozlarının neden olduğu artan ölüm sayısı, birçok klinisyenin bunu bir salgın olarak adlandırmasına neden olmuştur. (Bir sonraki sayfadaki ***Trendler*** bölümüne bakın.) Bazı araştırmalara göre tedavi edilmemiş opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerin ölüm oranı, diğer kişilerin ölüm oranının 63 katıdır (Strain, 2017).



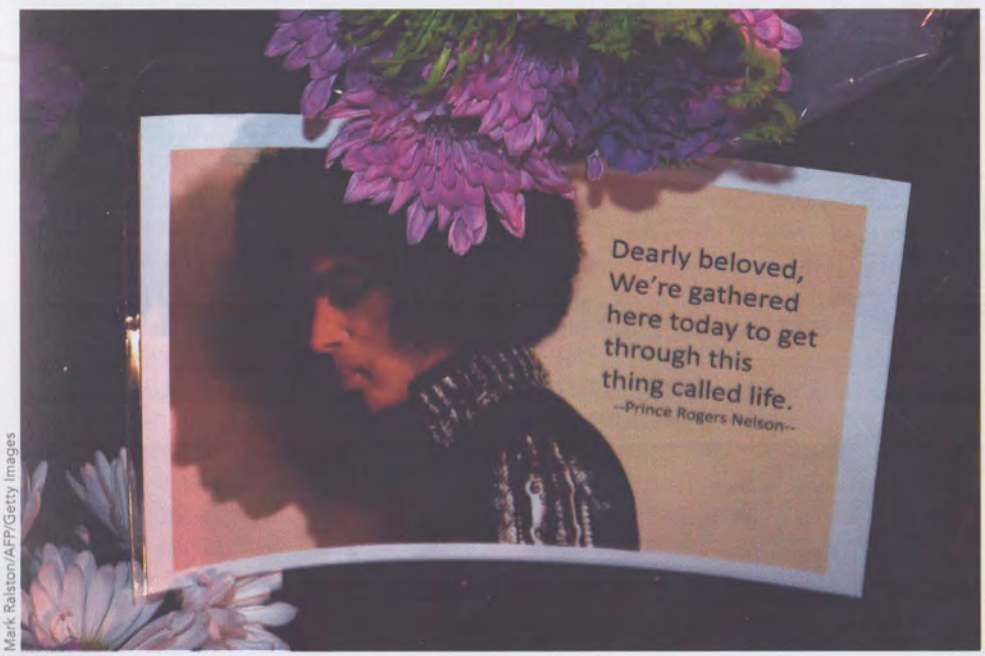

**ŞEKİL 10-2**

**İnsanlar Medikal Olmayan Kullanım İçin Ağrı Kesicileri Nereden Alırlar?**

İlaçların yüzde 40'tan fazlası arkadaşlardan veya akrabalardan, yüzde 36'sı da doktorlardan alınıyor. Sadece yüzde 5'i uyuşturucu satıcılarından alınıyor (Bilgi: SAMHSA, 2018)

**Opiyat Kullanımının Tehlikeleri Nelerdir?** Opiyat kullanımının en büyük tehlikesi, beyindeki solunum merkezini kapatan, nefesi neredeyse felç eden ve çoğu durumda ölüme neden olan aşırı doz kullanımıdır (Coffin, 2017; Stolbach ve Hoffman, 2017). Kişi bilinçli olarak nefes almaya çalışarak bu etkiyle savaşamadığında, özellikle uyku sırasında ölüm olasılığı yüksektir. Bir süredir eroin veya ağrı kesiciden uzak durduktan sonra kullanmaya devam eden kişiler, daha önce aldıkları dozu alma gibi ölümcül bir hata yaparlar. Vücutlarında bir süredir bu tür opiyatlar bulunmadığından bedenleri bu yüksek seviyeye artık tahammül edemez. Son on yılda opiyat aşırı dozlarından kaynaklanan ölümlerin sayısında yüzde 400 artış olmuştur (CDC, 2017). Şu anda, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 20.000 kişi aşırı doz ağrı kesicilerden, bunların 15.000'i aşırı doz eroinden ve 8.000'i diğer opiyatların aşırı doz kullanımından ölmektedir (Moberg, 2018; Coffin, 2017). Bu rakamlar, tüm aşırı doz uyuşturucu ölümlerinin üçte ikisini temsil etmektedir.

Eroin kullanıcıları için başka riskler de vardır. Uyuşturucu satıcıları genellikle eroini daha ucuz bir ilaçla veya siyanür veya pil asidi gibi daha ölümcül bir maddeyle karıştırır. Ek olarak kirli iğneler ve diğer sterilize edilmemiş malzemeler AIDS, hepatit C ve deri apseleri gibi enfeksiyonları da yaymaktadır (Strain, 2017). Amerika




Mark Ralston/AFP/Getty Images

**Ölümcül etkiler** 2016 yılında müzik devi Prince, son derece güçlü bir reçeteli ağrı kesici olan opiat ilaç fentanilinden aşırı dozda alarak 57 yaşında öldü. Ölümünden hemen sonra hayranları, Minnesota'daki evinin önüne Prince'in "Let's Go Crazy" şarkısından bu sözler de dâhil olmak üzere mesajlar bırakmaya başladı.

...TRENDLER

# Opiyat Krizi

Amerika Birleşik Devletleri opiyat salgınının -ağrı kesiciler ve eroine bağlı bağımlılıkların ve aşırı doz ölümlerinin sayısında şaşırtıcı bir artış- ortasındadır (Stevens ve diğerleri, 2018; CDC 2017). 2016 yılında, 62.000 kişi çeşitli aşırı dozda ilaç alımından ölmüştür; bir karşılaştırma ile 1999'da 4.000 kişi aşırı dozdan ölmüşken 2010'da bu sayı 16.000'dir (Katz, 2017; NIDA, 2014). Bu tür maddeye bağlı ölümlerin üçte ikisi opiyatlardan kaynaklanmaktadır. Bu büyüklükteki bir salgın hem aşırı dozlar hem de kokainle ilişkili cinayetler toplandığında karşılaştırılabilir şekilde yıllık ölüm oranına sahip 1980'lerdeki kokain salgınıydı (Regier, 2016).

Peki, mevcut opiyat salgını nasıl ortaya çıktı? Bu duruma birkaç faktör katkıda bulunmuştur. Birincisi ağrı kesici faktörüdür (Becker ve Starrels, 2018; Piper vd., 2018). 1990'larda, bir tür kronik ağrı teşhisi konan Amerikalıların sayısı yüz milyona (nüfusun üçte biri) yükselmiş ve bu da Percocet, Vicodin ve Oxycontin gibi çeşitli güçlü ağrı kesici ilaçların -morfin veya eroinden daha güçlü ilaçlar- reçetelerinin artmasına yol açmıştır (CDC, 2017). Doktorların iyi niyetlerine rağmen bu ilaçlar çok geçmeden çok fazla reçete edilmiş ve 1991 ile 2011 yılları arasında ağrı kesiciler için ABD reçetelerinin sayısı üç katına ve yılda 219 milyona çıkmıştır (Trotter Davis ve diğerleri, 2017; Voon, Karamouzian ve Kerr, 2017). Birçok hasta bir ağrı kesici kullanım bozukluğu geliştirmiş ve bu ilaçların opiyat etkisine dair söylentiler yayıldıkça reçeteli ağrı kesicilerin yasa dışı edinimi ve kullanımı da artmıştır.

Ağrı kesicilerin kullanımı 1991 ile 2011 yılları arasında artarken, ilaç şirketlerinin daha etkili ve güçlü ağrı kesiciler geliştirmeye çalışmasıyla birlikte bu ilaçların etkisi de artmıştır. En güçlü ağrı kesici ilaçlardan biri, morfinden 50 ila 100 kat, eroinden 20 ila 35 kat daha güçlü ve buna bağlı olarak ikisinden de daha tehlikeli olan fentanildir (Phalen ve diğerleri, 2018; Caldwell, 2017). Gücü, hızlı ve kısa süreli etkisi göz önüne alındığında fentanil çok popüler bir sokak uyuşturucusu hâline gelmiştir. Bu




John Moore/Getty Images

**"Fed Up!"** Washington, D.C.'deki National Mall'da, bu adam ve diğer binlerce aktivist ve aile üyesi, opiat salgınını sona erdirmek için federal fon için bir araya geliyor. Miting, opiat bağımlılığı ve aşırı doz salgınını sona erdirmek için çalışan bir koalisyon olan Fed Up! tarafından düzenlendi.

ilacın yasa dışı ve dolayısıyla kontrolsüz üretimi de buna paralel olarak artmıştır (CDC, 2017; Beletsky ve Davis, 2017). Fentanil, aşırı doz ölümlerle bağlantılı olan en yaygın ağrı kesicidir. (Örneğin ikonik müzik sanatçısı Prince'in 2016'daki ölümüne aşırı doz fentanil neden olmuştur.)

Opiyat kullanımın patlamasındaki ikinci ve ilgili bir diğer faktör, eroine ulaşılabilirliğin artmasıdır. 1991 ve 2011 yılları arasında ağrı kesici reçeteleri üç katına çıkarken yabancı uyuşturucu kartelleri Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun opiyatlar için artan ihtiyacını fark etmiş ve karşılığında Birleşik Devletler pazarını eroinle doldurmuştur (CRS, 2016; Nolan ve Amico, 2016). Bu artan ulaşılabilirlik; sırasıyla eroin fiyatlarının düşmesine, eroinin daha kolay edinilmesine ve bu da daha fazla eroin kullanımına yol açmıştır.

2011'den bu yana opiyat ilaçların artan satın alınabilirliği, bulunabilirliği ve gücü, opiyatlar için -hem yasa dışı olarak edinilmiş ağrı kesiciler hem de eroin- mevcut opiyat salgınına neden olan daha büyük bir talep yaratmıştır. CDC başkanının gözlemlediği gibi "Amerika opiyatlarla çalkalanmaktadır." (Frieden, 2016). Dahası, eroin ve ağrı kesiciler ABD pazarında mutlaka birbirleriyle rekabet etmek zorunda değildir. Aksine, kullanıcılar için sıklıkla bunları birleştirir veya karıştırır -tabii ki bu da onları, tehlikelerini katlanarak artıran bir faktör hâline getirir. Örneğin eroin görünümlü fentanil artık sokaklarda daha çoktur (Perry, 2017). Her zamanki dozlarında eroin aldıklarını düşünen kullanıcılar genellikle çok daha güçlü fentanili almaktadır -bu da kolayca ölümlerine yol açabilecek bir yanlış algılamadır. Benzer şekilde yasa dışı ağrı kesici üreticileri de ağrı kesici ilaçların aynı görünmesini sağlar -ancak bunların etkileri önemli ölçüde farklılık gösterir. Bir ABD savcısının da belirttiği gibi bu türden kasıtlı sahtekarlıklar, "gerçekleşmeyi bekleyen aşırı doz vakaları" hâline gelir (STAT, 2016).

Opiyat salgını ile şu anda tüm cephelerde savaşılmaktadır: örneğin federal ve eyalet yasama meclisleri, opiyat salgınıyla mücadele için daha fazla fon sağlanması, uluslararası opiyat kaçakçılığı ile mücadele için daha fazla çaba, eyaletler arasında daha fazla koordinasyon, doktorların reçete uygulamalarının daha fazla izlenmesi, ilaç şirketlerinden daha fazla hesap verebilirlik ve opiyat tedavi programlarına daha iyi fon sağlama çağrısı içeren yeni yasalar çıkarmıştır (Kolodny ve Frieden, 2018; CDC, 2017). Ek olarak klinik alan, profesyonellerinin ve kaynaklarının büyük bir bölümünü opiyat kullanım bozukluklarının önlenmesi ve tedavisine ayırmaktadır. Bu çabalar bazı alanlarda etki yaratıyor gibi görünmektedir. Örneğin opiyat ağrı kesicilerin reçete edilme miktarı 2017'de yüzde 10,2 kadar düşmüştür (Herper, 2018). Bu nedenle yetkililer ve klinisyenler salgının yakında gerileyeceğinden umutlu ancak ne kadar yakında ve ne kadar gerileyeceği şu anda net değil (Piper ve diğerleri, 2018; Stevens ve diğerleri, 2018).

Birleşik Devletleri'nin bazı bölgelerinde, aktif eroin kullanıcıları arasında HIV enfeksiyonu oranının yüzde 60'a kadar çıktığı bildirilmektedir.

**kokain** Koka bitkisinden elde edilen, bağımlılık yapan bir uyarıcı. bilinen en güçlü doğal uyarıcıdır.

## ...ÖZETLE...

**MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE DEPRESANLAR** Tekrarlayıcı ve aşırı kullanım, madde kullanım bozukluklarına yol açabilir. Bu tür rahatsızlıkları olan birçok insan, söz konusu maddeye karşı bir tolerans geliştirir ve / veya ondan uzak durduklarında hoş olmayan yoksunluk belirtileri yaşar.

Depresanlar, merkezi sinir sisteminin aktivitesini yavaşlatan maddelerdir. Bu maddelerin tekrarlanan ve aşırı kullanımı alkol kullanım bozukluğu, yatıştırıcı hipnotik kullanım bozukluğu veya opiyat kullanım bozukluğu gibi sorunlara yol açabilir. Alkol zehirlenmesi, kan dolaşımındaki alkol konsantrasyonu yüzde 0,09'a ulaştığında ortaya çıkar. Diğer eylemlerin yanı sıra, alkol beyindeki kilit noktalarda nörotransmiter GABA'nın aktivitesini artırır. Rahatlama ve uyuşukluk hissi veren yatıştırıcı hipnotik ilaçlar arasında barbitüratlar ve benzodiazepinler bulunur. Bu ilaçlar aynı zamanda GABA'nın aktivitesini de arttırır. Opiyatlar arasında afyon ve ondan türetilen morfin ve eroin gibi ilaçların yanı sıra laboratuar yapımı opiyatlar bulunur. Opiyatlar gerginliği ve ağrıyı azaltır ve başka reaksiyonlara neden olur. Normalde endorfin alan nöronlara bağlanarak çalışırlar.

# Uyarıcılar

Uyarıcılar, merkezî sinir sisteminin aktivitesini artıran maddelerdir. Bu da artmış kan basıncı ve kalp atış hızı, daha fazla uyanıklık ve hızlanan davranış ve düşünme ile sonuçlanır. En sıkıntılı uyarıcılar arasında *kokain* ve insanlar üzerindeki etkileri kokain ile çok benzer olan *amfetaminler* vardır. Kullanıcılar farklı etkiler bildirdiklerinde, bunun nedeni genellikle farklı miktarda madde almış olmalarıdır. Diğer iki yaygın olarak kullanılan ve yasal uyarıcı ise *kafein* ve *nikotindir* (bk. ***Bilgi Merkezi***, sayfa 305).

## Kokain

Güney Amerika'da bulunan koka bitkisinin temel aktif bileşeni olan **kokain**, şu anda bilinen en güçlü doğal uyarıcıdır (Nelson ve Odujebe, 2017). İlaç bitkiden ilk olarak 1865 yılında ayrılmıştır. Ancak Güney Amerika yerlileri zaten ilacın sunduğu enerji ve uyanıklık için tarih öncesi zamanlardan beri bitkinin yapraklarını çiğniyorlardı. İşlenmiş kokain (*hidroklorür tozu*), kokusuz, beyaz, kabarık bir tozdur. Eğlence amaçlı kullanım için kokain çoğunlukla burundan çekilir, böylece burnun mukoza zarından emilir. Bazı kullanıcılar, kokainin damar içi (intravenöz) olarak enjekte edilmesinin veya pipo veya sigaranın içinde içilmesinin daha güçlü etkilerini de tercih edebilmektedir.

Yıllarca insanlar kokainin sarhoşluk dışında çok az soruna ve bazen de geçici psikoza neden olduğuna inanıyorlardı (bk. **Tablo 10-2**). Fakat daha sonra araştırmacılar birçok tehlikeyi de barındırdığını görmüştür (Gorelick, 2017). Hatta bu uyuşturucunun popülaritesinde ve kullanımıyla ilgili sorunlarda dramatik bir artış görüldükten sonra bu görüş pekişmiştir. 1960'ların başında, Amerika Birleşik Devletleri'nde tahmini 10.000 kişi kokaini bir kez de olsa denemiştir. Bugün bu sayı, 39 milyon civarındadır ve 1,9 milyonu (çoğu gençler veya genç yetişkinler) şu anda aktif şekilde kokain kullanmaktadır (SAMHSA, 2018).

Kokain, ilk olarak coşkulu bir iyilik hâli ve güven duygusu uyandırır. Yeterince yüksek bir doz alındığında bu keyif hâli, eroinin ürettiği gibi neredeyse orgazm hissi benzeri duygular uyandırabilir. Kokain en başta merkezî sinir sisteminin yüksek merkezlerini uyararak kullanıcıların kendilerini heyecanlı, enerjik, konuşkan hatta coşkulu hissetmelerini sağlar. Daha fazla alındıkça merkezî sinir sisteminin diğer

**Taş içme** Güçlü bir serbest baz kokain formu olan Taş (Crack), kokainin kristal toplar halinde kaynatılmasıyla üretilir ve bir pipo ile içilir.



© Boris Roessler/dpa/picture-alliance/Newscom

**kokain çekmek** Saf kokain bazik alkolidin işlenmiş kokainden kimyasal olarak ayrıldığı, ısıtılarak buharlaştırılarak ve bir pipo ile solunarak kokain alımında kullanılan bir teknik.

**taş (crack)** Güçlü, içmeye hazır, serbest baz kokain.

kısımlarını da uyararak daha hızlı nabız, daha yüksek kan basıncı, daha hızlı ve daha derin nefes alıp verme ve daha fazla uyarılma ve uyanıklık sağlar.

Görünüşe göre kokain, bu etkileri büyük ölçüde beyindeki kilit nöronlarda nörotransmiter *dopamin* tedarikini artırarak üretmektedir (Gorelick, 2017). Aşırı miktarda dopamin, merkezî sinir sistemi boyunca nöronlara bağlanır ve onları aşırı düzeyde uyarır. Kokain ayrıca beynin bazı bölgelerinde nörotransmiterler *norepinefrin* ve *serotoninin* aktivitesini de artırıyor gibi görünmektedir.

Uyuşturucunun yüksek dozlarında *kokain zehirlenmesi görülür* yani zayıf kas koordinasyonu, grandiyöz, kötü yargılama, öfke, saldırganlık, kompulsif davranış, anksiyete ve kafa karışıklığı ile karekterize bir durum (Nelson ve Odujebe, 2017). Bazı insanlar *kokain kaynaklı psikoz* denen bir durum olan halüsinasyonlar, sanrılar veya her ikisini de deneyimler.

> *Genç bir adam, kokain çektikten sonra kıyafetlerini almak için dolabına gittiğinde takım elbisesinin ona "Ne istiyorsun?" diye sorduğunu söyledi. Korkarak kapıya doğru yürümüş ve kapı ona "Geri çekil!" demiş. Geri çekildiğinde ise kanepenin "Bana otururşan kıçına tekmeyi basarım." dediğini duymuş. Dehşet içerisinde yoğun endişe ve anlık panik duygularıyla genç adam yardım almak için hastaneye koşmuş.*
>
> *(Allen, 1985, s. 19-20)*

Kokainin uyarıcı etkileri azaldıkça kullanıcılar depresyon benzeri bir hayal kırıklığı yaşar, buna *çöküş* adı verilir; baş ağrısı, baş dönmesi ve bayılmayı da içeren bir örüntü (Gorelick, 2017). Ara sıra kullananlar için ise madde etkileri genellikle 24 saat içinde kaybolur ancak özellikle yüksek doz alan kişilerde biraz daha uzun sürebilir. Bu insanlar sersemlik, derin uyku veya bazı durumlarda komaya bile girebilirler.

**Kokain Çekmek** Geçmişte kokain kullanımı ve etkisi uyuşturucunun yüksek maliyeti nedeniyle sınırlıydı. Dahası, kokain genellikle sigara ya da enjeksiyondan daha az güçlü etkileri olan bir içme biçimi olan toz hâlinde burundan çekilirdi (AAC, 2018; Haile, 2012). Fakat 1984'ten bu yana daha yeni, daha güçlü ve bazen daha ucuz kokain formlarının bulunması, kokainin kullanımında muazzam bir artışa neden oldu. Örneğin birçok insan artık kokaini **buhar şeklinde burundan** çekiyor yani saf kokain ısıtılarak buharlaştırılıyor, kimyasal olarak alkaloidden ayrıştırılıyor veya işlenmiş kokain bu yöntemle "arındırılıyor" ve bir boru yoluyla solunuyor.

Milyonlarca insan, kristal toplar hâlinde kaynatılarak içilen ve güçlü bir kokain formu olan **taş (crack) kokain** kullanmaktadır. Taş özel bir pipo ile içilir ve teneffüs

**TABLO: 10-2**

## Madde Kötüye Kullanımının Riskleri ve Sonuçları

| | Zehirlenme Olasılığı | Bağımlılık Yapma Olasılığı | Organlara Zarar Verme veya Ölümle Sonuçlanma Riski | Şiddetli Sosyal ve Ekonomik Sonuçlar Riski | Şiddetli veya Uzun Vadeli Zihinsel ve Davranışsal Değişim Riski |
|---|---|---|---|---|---|
| **Opiyatlar** | Yüksek | Yüksek | Orta | Yüksek | Düşükten ortaya |
| **Yatıştırıcı Hipnotikler**<br>**Barbituratlar**<br>**Benzodiazepinler** | Ortadan yükseğe<br>Orta | Ortadan yükseğe<br>Orta | Ortadan yükseğe<br>Düşük | Ortadan yükseğe<br>Düşük | Düşük<br>Düşük |
| **Uyarıcılar (kokain, amfetaminler)** | Yüksek | Yüksek | Orta | Düşükten ortaya | Ortadan yükseğe |
| **Alkol** | Yüksek | Orta | Yüksek | Yüksek | Yüksek |
| **Esrar** | Yüksek | Düşükten ortaya | Düşük | Düşükten ortaya | Düşük |
| **Farklı maddelerin bileşimi** | Yüksek | Yüksek | Yüksek | Yüksek | Yüksek |

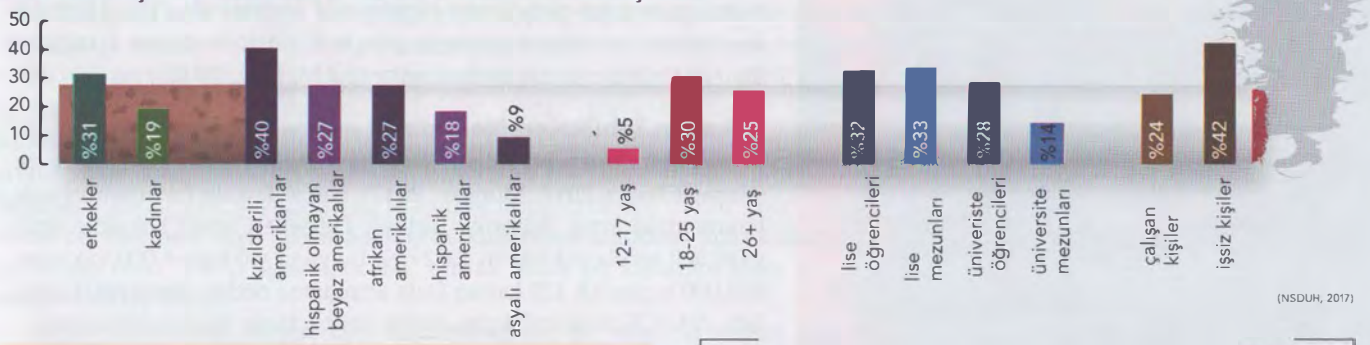
Bilgi kaynağı: Mukamal, 2018; Hart ve Ksir, 2017; APA, 2013.

# SİGARA İÇME, TÜTÜN VE NİKOTİN

11 yaşın üzerindeki Amerikalıların yaklaşık yüzde 24'ü düzenli olarak tütün içiyor - toplamda 63 milyon kişi (NSDUH, 2017).

Benzer şekilde, 11 yaşın üzerindeki dünya nüfusunun % 20'si düzenli olarak sigara içiyor - toplam 1,1 milyar insan (WHO, 2017).

## AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDE KİMLER DÜZENLİ SİGARA İÇİYOR?




(NSDUH, 2017)

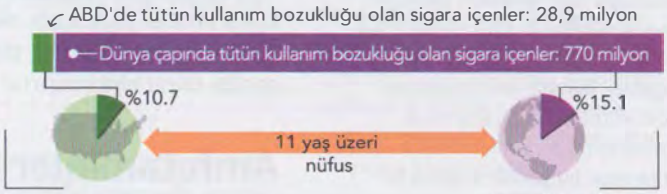
## SİGARA İÇME VE SAĞLIK




(CDC, 2018, 2017; WHO, 2017)

## İNSANLAR NEDEN SİGARA İÇMEYE DEVAM EDER?

Sigara içenlerin% 75'i tütünün aktif maddesi olan nikotine bağımlı oldukları için sigara içmeye devam ediyor (WHO, 2017, 2014). Nikotin, beyindeki amfetamin ve kokain ile aynı nörotransmiterler üzerinde etkili olan ve ödüllendiren merkezi sinir sisteminin bir uyarıcısıdır. Bu uyuşturucu ve eroin kadar bağımlılık yapar. Nikotin bağımlısı sigara içenlerin tütün kullanım bozukluğu olduğu söyleniyor (APA, 2013)



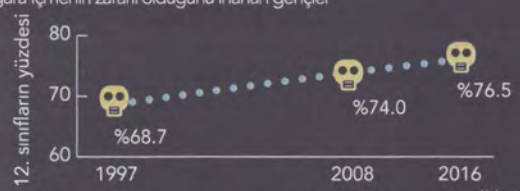

(NSDUH, 2017; WHO, 2017, 2014)

## SİGARAYI BIRAKMA

Her yıl daha fazla sigara içen kişi sigarayı bırakmaya çalışıyor. Bunun bir nedeni, birçok çalışmanın sigara içmenin yarattığı ciddi sağlık tehlikelerini belirlemiş olmasıdır. Bir diğeri, sağlık kuruluşlarının bu tehlikeleri duyurarak yaptığı olağanüstü iştir. Sigara içmenin kabul edilebilirliğinin azalmasıyla birlikte, insanların bu alışkanlıktan kurtulmalarına yardımcı olacak ürünler ve teknikler için bir pazar ortaya çıktı.

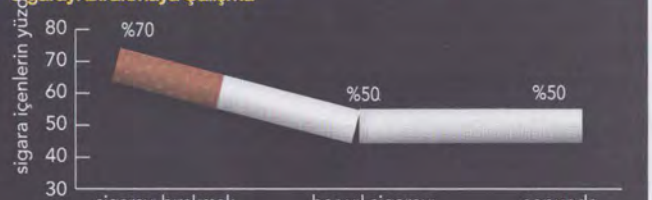
### Mesajı Alma

Sigara içmenin zararlı olduğuna inanan gençler




(Johnston vd., 2017)

### Sigarayı Bırakmaya Çalışma



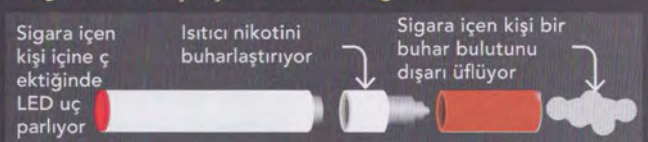

(CDC, 2018, 2017, 2014; Rigotti, 2018, 2017; NSDUH, 2017, 2013)

### Sigarayı Bırakmak için Yaygın Yardımlar

- **NİKOTİN SAKIZI** — Çiğnendiğinde nikotin salgılar
- **NİKOTİN BANDI** — Nikotini ciltten salgılar
- **NİKOTİN PASTİLİ** — Ağızda çözülür ve nikotin salgılar.
- **BURUN SPREYİ** — Burun deliklerine aerosol nikotini iletir
- **PSİKOTROPİK İLAÇLAR (VARENICLINE, BUPROPION VE NORTRIPTYLINE)** — Nikotin için özlemi azaltır
- **KENDİNE YARDIM GRUPLARI** — Psikolojik destek sunar
- **DAVRANIŞSAL DANIŞMANLIK** — Alternatif davranışları öğretir

(CDC, 2018, 2017; Park, 2018; Rigotti, 2018, 2017)

### E-Sigaralar: Pille Çalışan Elektronik Sigara




### Tütün Sigara (vs.) E-Sigara

| | |
|---|---|
| ABD'li yetişkinlerin% 24'ü tarafından içilmiştir | ABD'li yetişkinlerin% 4'ü tarafından içilmiştir |
| Duman en büyük tehlikeyi oluşturur | Gerçek yanma veya duman yok |
| Çok bağımlılık yapar | Bağımlılık nikotin düzeyine bağlıdır |
| 117 milyar dolar yıllık ABD geliri | 600 milyon dolar yıllık ABD geliri |

(CDC, 2018, 2017; Rigotti ve Kalkhoran, 2018, 2017; Maloney ve Chaudhuri, 2017; CSP, 2017; Griffin, 2014)



Bill O'Leary/The Washington Post via Getty Images

**Doğarken bağımlı** Hamilelik sırasında opiat veya uyarıcı kullanım bozukluğu olan annelerin bebekleri, madde bağımlılığı dahil olmak üzere önemli fiziksel ve psikolojik sorunlarla doğabilir. Burada, yeni doğanlara eroin ve metadon bıraktırmada uzmanlaşmış bir pediatri hastanesinde bir terapist bu şekilde doğmuş bir bebeği inceliyor.

edildiğinde çıtırtı sesi çıkarır. (Bu nedenle adına crack deniyor.) Taş, oldukça düşük bir maliyetle küçük miktarlarda satılmaktadır. 1980'lere geri dönüldüğünde taşın satın alınabilirliği, daha önce kokain alamayan, özellikle de şehrin yoksul bölgelerinde yaşayanlar arasında bir kullanım salgınına yol açmıştır (Turner, 2017). Taş kullanımının yaygınlığı son yirmi yılda azalmış olsa da, 11 yaşın üzerindeki insanların yaklaşık yüzde 0,3'ü (neredeyse 1 milyon kişi) geçtiğimiz yıl taş kullanmıştır (SAMHSA, 2018).

**Kokainin Tehlikeleri Nelerdir?** Kokainin davranış, biliş ve duygu üzerindeki zararlı etkilerinin yanı sıra ciddi fiziksel tehlikeleri de vardır (Chang, 2017; Morgan, 2017). Güçlü kokain formlarının kullanımındaki artış, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kokainle ilgili yıllık acil servis vakalarını 1982'den bu yana yaklaşık 4.000 vakadan 505.000'e çıkarak 125 kattan fazla artmasına neden olmuştur (Gorelick, 2017). Kokain kullanımı birçok intiharla da ilişkilendirilmiştir.

Kokain kullanımının en büyük tehlikesi, aşırı dozdur (Nelson ve Odujebe, 2017). Aşırı doz kullanımı, beynin solunum merkezi üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir, solunum merkezini önce uyarır ve sonra nefes almanın durabileceği noktaya kadar bastırır. Kokain ayrıca nefes almayı veya kalp işlevini aniden durduran büyük, hatta ölümcül kalp düzensizlikleri veya beyin nöbetleri yaratabilir (Morgan, 2017). Buna ek olarak kokain kullanan hamile kadınlar, düşük yapma ve daha sonra uyuşturucu kullanımına yatkınlığı olan ve bağışıklık işlevinde, dikkat ve öğrenmesinde, tiroid boyutunda, beyindeki dopamin ve serotonin aktivitesinde anormallikler olan çocuk sahibi olma riski taşırlar (Jansson, 2017).

## Amfetaminler

**Amfetaminler**, laboratuvarda üretilen uyarıcı ilaçlardır. Bazı yaygın örnekleri amfetamin (benzedrin), dekstroamfetamin (deksedrin) ve metamfetamindir (metedrin). İlk olarak 1930'larda astımı tedavi etmek için üretilen amfetaminler, kısa sürede kilo vermeye çalışan insanlar, ekstra enerji patlaması arayan sporcular, uyanık kalmaya çalışan askerler, kamyon sürücüleri ve pilotlar ve gece boyunca sınavlara hazırlanan öğrenciler arasında popüler hâle gelmiştir. Doktorlar artık bu ilaçların bu şekilde gelişigüzel kullanılamayacak kadar tehlikeli olduğunu biliyor ve onları çok daha temkinli reçete ediyorlar.

Amfetaminler çoğunlukla hap veya kapsül şeklinde alınır, ancak bazı insanlar ilaçları damar içine enjekte eder veya daha hızlı, daha güçlü bir etki için sigara gibi içerler. Kokain gibi amfetaminler de küçük dozlarda alındığında enerjiyi ve uyanıklığı artırır ve iştahı azaltır; yüksek dozlarda uyuşukluk, sarhoşluk ve psikoz yaratır; ve bedeni terk ederken duygusal bir hayal kırıklığına neden olur. Kokain gibi amfetaminler de -amfetaminlerin eylemleri kokaininkinden biraz farklı olsa da- nörotransmiter olarak dopamin, norepinefrin ve serotoninin beyindeki salınımını artırarak merkezî sinir sistemi uyarır (Stock, Rädle ve Beste, 2019; Arnold ve Ryan, 2017).

Bir amfetamin türü olan **metamfetamin** (takma adı *kristal*), son on yılda popülaritesini artırmıştır ve bu nedenle özel bir ilgi gerektirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 11 yaşın üzerindeki insanların neredeyse yüzde 6'sı o zamana kadar en az bir kez metamfetamin kullanmıştır (SAMHSA, 2018). Şu anda yüzde 0,3 civarında kişide metamfetamin kullanım bozukluğu vardır. Metamfetaminin, kullanıcıların sigara içer gibi kullandığı kristal formu (ayrıca sokak isimleri buz ve *kristal met* olarak da bilinir) da vardır.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıbbi olmayan metamfetaminin çoğu, genellikle insanlardan uzakta kısa süre çalışabilen ve sonrasında hızlıca daha güvenli başka bir yere taşınabilen küçük "set üstü laboratuvarlarda" üretilir (Boyer ve diğerleri, 2017). Bu tür laboratuvarlar 1960'lardan beri varlığını sürdürmektedir ancak bu yüzyılda sayıları, üretimi ve yetkililer tarafından el konulma oranı sekiz kat artmıştır.

**amfetamin** Laboratuvarda üretilen uyarıcı bir ilaç.

**metamfetamin** Son yıllarda popülaritesini artıran, büyük sağlık ve yasa uygulama sorunları oluşturan güçlü bir amfetamin ilacı.

Önemli bir sağlık sorunu da bu gizli laboratuvarların arkada bıraktığı tehlikeli dumanlar ve kalıntılarıdır.

Medyanın metamfetamin kristallerini içmenin tehlikeleri hakkında ilk kez haber yapmaya başladığı 1989'dan beri metamfetamin kullanımındaki artış çok dramatik olmuştur. Metamfetamin kullanımı yakın zamana kadar Amerika Birleşik Devletleri'nin batı bölgelerinde çok daha yaygındı fakat artık doğuya da yayıldı. Ülkenin her yerinde hastanelerde metamfetaminden kaynaklı acil servise başvuru oranları hızla artmaktadır (SAMHSA, 2018).

Metamfetamini kadınlar da erkekler kadar kullanmaktadır. Mevcut kullanıcıların yaklaşık yüzde 40'ı kadındır (Paulus, 2017). Metamfetamin günümüzde motosiklet çetelerinden Amerikalı köylülere ve şehirli gey topluluklara kadar çok sayıda insan arasında popülerdir ve bütün gece süren dans partilerinde veya çılgın partilerde kullanılan maddeler için kullanılan bir terim olan "kulüp uyuşturucusu" olarak geniş bir kullanım alanı kazanmıştır (NIDA, 2018).

Diğer amfetamin türleri gibi metamfetamin de nörotransmiter olarak dopamin, serotonin ve norepinefrinin aktivitesini artırarak uyarılma ve dikkatte artışa ve diğer etkilere neden olur (Paulus, 2017). Bir kullanıcının fiziksel, zihinsel ve sosyal hayatı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olabilir. Özellikle *nörotoksisite* adı verilen ve sinir uçlarına zarar vermek şeklinde tanımlanabilecek etkisi endişe vericidir (Stock ve diğerleri, 2019). Ancak kullanıcılar metamfetaminin hemen ortaya çıkan olumlu etkilerine daha çok odaklanır, buna birçok kişinin kendisini hiperseksüel ve engellenmemiş hissettirdiği algısı da dâhildir (Paulus, 2017).




National Pictures/Topham/The Image Works

**Metamfetamin bağımlılığı: Tüm dünyaya yayılmakta** Bu güçlü reklam, metamfetamin bağımlılığının bir kadın üzerindeki dejeneratif etkilerini 4 yıllık bir süre boyunca -üstteki fotoğrafta 36 yaşından altta 40 yaşına kadar- gösteriyor.

## Uyarıcı Kullanım Bozukluğu

Düzenli olarak kokain veya amfetamin kullanımı *uyarıcı kullanım bozukluğuna* neden olabilir. Uyarıcı, kişinin hayatına hakim olmaya başlar ve kişi günün çoğunda maddenin etkisi altında kalabilir ve sosyal ilişkilerinde ve işte kötü işlev gösterebilir. İnsanlar maddeye karşı tolerans ve yoksunluk belirtileri geliştirebilirler -istenen etkileri elde etmek için daha yüksek dozlar almaları gerekir ve ilacı bıraktıklarında derin depresyon, yorgunluk, uyku sorunları, sinirlilik ve anksiyete yaşayabilirler (Gorelick , 2017). Bu yoksunluk belirtileri, madde kullanımı sona erdikten sonra haftalarca hatta aylarca sürebilir. Bir yılda, 11 yaşın üzerindeki insanların yüzde 0,1'i kokaine bağlı uyarıcı kullanım bozukluğu ve yüzde 0,3'ü amfetamine bağlı uyarıcı kullanım bozukluğu sergilemektedir (SAMHSA, 2018).

### ... ÖZETLE...

**UYARICILAR** Kokain, amfetamin, kafein ve nikotin gibi uyarıcılar, merkezî sinir sisteminin aktivitesini artıran maddelerdir. Kokain veya amfetaminlerin anormal kullanımı, uyarıcı kullanım bozukluğuna neden olabilir. Uyarıcılar; beyindeki dopamin, norepinefrin ve serotonin aktivitesini artırarak birtakım etkiler ortaya çıkarırlar.

## Halüsinojenler, Esrar ve Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı

Diğer tür maddeler de kullanıcıları ve toplum için sorunlara neden olabilir. *Halüsinojenler* sanrılar, halüsinasyonlar ve diğer duyusal değişikliklere neden olur. *Esrar* duyusal değişikliklere neden olur ancak aynı zamanda depresan ve uyarıcı etkilere de sahiptir ve bu nedenle DSM-5'teki halüsinojenlerden ayrı olarak kabul edilir ve birçok insan *birden fazla maddeyi birlikte kullanır*.

## #TanılamaTartışması

DSM-5, iki eski bozukluğu, madde kötüye kullanımı (uyuşturucuya aşırı ve kronik bağımlılık) ve madde bağımlılığını (tolerans ve yoksunluk belirtilerinin eşlik ettiği aşırı bağımlılık) tek bir kategoride madde kullanım bozukluğu olarak birleştirmiştir. Eleştirmenler, klinisyenlerin artık maddeleri kötüye kullananların ve maddelere bağımlı olanların farklı prognoz ve tedavi ihtiyaçlarını fark edip ele alamayacaklarından endişe ediyorlar.

# Halüsinojenler

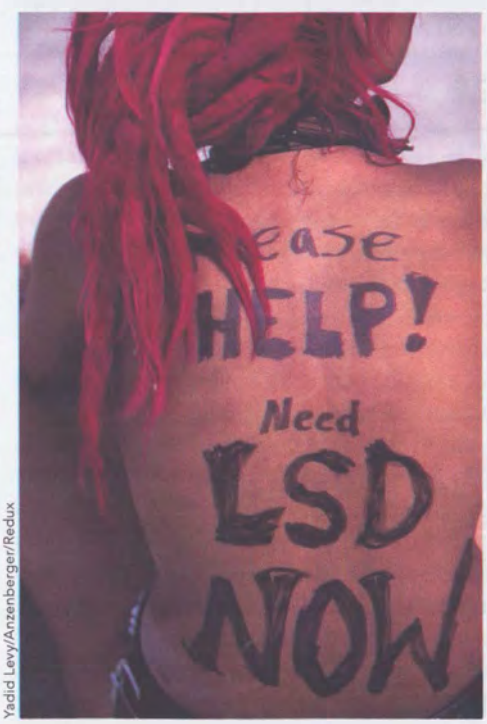
**Halüsinojenler**, kişinin normal algılarını güçlendirmekten yanılsamalara ve halüsinasyonlara neden olmaya kadar duyusal algıda güçlü değişikliklere neden olan maddelerdir. O kadar sıra dışı uyarımlar üretirler ki bunlar bazen "kısa kaçamaklar" olarak adlandırılır. Kişinin zihninin uyuşturucularla nasıl etkileşime girdiğine bağlı olarak bu kaçamaklar, heyecan verici veya korkutucu olabilir. *Psikedelik ilaçlar* olarak da adlandırılan halüsinojenler arasında LSD, meskalin, psilosibin ve MDMA (Ecstasy) bulunur. Bu maddelerin çoğu bitkilerden veya hayvanlardan elde edilir, bazıları ise laboratuvarlarda üretilir.

Neden "partilerde" sıklıkla kullanılan çeşitli kulüp ilaçları (örneğin, Ecstasy ve kristal met) oldukça hızlı bir şekilde gözden düşüyor?

En çok bilinen ve güçlü halüsinojenlerden biri olan **LSD (liserjik asit dietilamid)**, 1938'de İsviçreli kimyager Albert Hoffman tarafından *ergot alkaloidleri* adı verilen doğal olarak oluşan bir ilaç grubundan türetilmiştir. 1960'larda sosyal isyanların ve deneyimlerin yoğun olduğu yıllarda, milyonlarca insan yeni deneyimler yaşamanın bir yolu olarak bu maddeye yönelmiştir. LSD, yutulduktan sonraki 2 saat içinde psikolojik değişiklikler ve fiziksel belirtilerin yanı sıra genel olarak algıların, özellikle görsel algıların güçlendirilmesiyle tanımlanan, bazen *halüsinoz* olarak adlandırılan *halüsinojen zehirlenmesine* yol açar. İnsanlar küçük ayrıntılara, örneğin derinin gözeneklerine veya tek tek çimenlere odaklanabilir. Renkler daha zengin görünebilir veya bir mor tonu alabilir. İnsanlar, nesnelerin bozuk göründüğü ve hareket ettiği, nefes aldığı veya şekil değiştirdiği yanılsamalarına sahip olabilir. LSD'nin etkisi altındaki bir kişi halüsinasyon da görebilir -gerçekte mevcut olmayan insanları, nesneleri veya formları görebilir.

İlaç etkisi altında kişi ayrıca sesleri daha net duyabilir, kol ve bacaklarda karıncalanma veya uyuşma hissedebilir veya sıcak ve soğuk hislerini karıştırabilir. Bazı insanlar, LSD'nin etkisi altında iken kendilerine oldukça serin gibi gelen alevlere elleriyle dokunduktan sonra ciddi şekilde yanmıştır. Bu madde ayrıca *sinestezi* adı verilen duyuların karışması durumuna da neden olabilir. Örneğin renkler "duyulabilir" veya "hissedilebilir".

LSD ayrıca neşeden kaygıya veya depresyona kadar güçlü duygular uyandırabilir. Zaman algısı önemli ölçüde yavaşlayabilir. Uzun zamandır unutulan düşünceler ve duygular yeniden su yüzüne çıkabilir. Fiziksel belirtiler terleme, çarpıntı, bulanık görme, titreme ve zayıf koordinasyonu içerebilir. Tüm bu etkiler, kullanıcı tamamen uyanık ve gözü açıkken gerçekleşir ve yaklaşık 6 saat içinde geçer.



Yadid Levy/Anzenberger/Redux

**Kalıcı popülerlik** 1960'larda olduğundan daha az popüler olmasına rağmen LSD, özellikle birçok çılgın partide, rock konserinde ve benzeri etkinliklerde genç insanlar arasında beğenilen bir uyuşturucu olmaya devam ediyor. Nevada'nın Black Rock Çölü'ndeki her yıl düzenlenen Burning Man sanat festivalindeki bu katılımcının sırtında maddenin kendisi için ne kadar önemli olduğu konusunda hiçbir şüphe bırakmayan bir mesaj var.

Görünüşe göre LSD, bu belirtileri aslında normalde nörotransmiter olarak *serotonini* alan bazı nöronlara bağlanarak, bu bölgelerdeki nörotransmiterin aktivitesini değiştirerek üretir (Delgado, 2017). Bu nöronlar normalde beynin görsel bilgi göndermesine ve duyguları kontrol etmesine yardımcı olur (Bölüm 6'da gördüğünüz gibi), böylelikle LSD'nin aktive olması çeşitli görsel ve duygusal belirtiler üretir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki insanların yüzde 15'inden fazlası hayatlarının bir noktasında LSD veya başka bir halüsinojen kullanmıştır. Şu anda yaklaşık yüzde 0,5 veya 1,2 milyon kişi bunları kullanmaktadır (SAMHSA, 2018). İnsanlar genellikle LSD'ye tolerans geliştirmese veya almayı bıraktıklarında yoksunluk belirtileri göstermese de LSD hem tek seferlik hem de uzun süreli kullanıcılar için tehlike oluşturmaktadır. LSD o kadar

güçlüdür ki ne kadar küçük olursa olsun herhangi bir dozun muazzam algısal, duygusal ve davranışsal reaksiyonlar üretme olasılığı yüksektir. Bazen bu reaksiyonlar son derece rahatsız edicidir -bu, kötü bir kaçamak da olabilir. (Örneğin LSD kullanıcıları genellikle kendilerini veya başkalarını yaraladığı kötü bir gezintinin ortasında bulabilir.) Örneğin pek çok insanın LSD'yi sorunsuz bir zihin açıcı olarak düşündüğü 1960'larda LSD alan genç bir kadının, sadece LSD kullanımı ile karanlık tarafını gördüğünü gösteren açıklamasına bakalım:

> *21 yaşındaki kadın, sevgilisiyle birlikte hastaneye kaldırıldı. Erkek arkadaşı, daha evvel birkaç sefer LSD almış ve onu da cinsel olarak daha özgür kılması için LSD almaya ikna etmişti. Yaklaşık 200 mikrogram LSD aldıktan yarım saat sonra duvardaki tuğlaların içeri girip çıkmaya başladığını ve ışığın onu garip bir şekilde etkilediğini fark etti. Vücudunu, oturduğu sandalyeden veya sevgilisinin vücudundan ayırt edemediğini fark ettiğinde korktu. Bu korku, kendine bir daha gelemeyeceğini düşündükten sonra daha belirgin bir hâle geldi. Hastaneye geldiğinde ajiteydi ve uygunsuz bir şekilde gülüyordu. Konuşma akışı mantıksız ve duygudurumu değişkendi. İki gün sonra ise bu tepkiler ortadan kayboldu.*
>
> *(Frosch, Robbins, ve Stern, 1965)*

LSD'nin diğer bir tehlikesi, uzun vadeli etkileridir. Bazı kullanıcılar sonunda psikoz veya bir duygudurum veya kaygı bozukluğu geliştirir ve bazılarının *tekrarlayan sahneleri* vardır -vücuttan LSD atıldıktan sonra duyusal ve duygusal değişikliklerin tekrar yaşanması. Bu geçmişe dönüşler, son LSD deneyiminden günler hatta aylar sonra bile ortaya çıkabilir (Delgado, 2017).

**halüsinojen** İlk olarak duyusal algıda algıları güçlendirmek ve yanılsamalar ve halüsinasyonlar üretmek dâhil güçlü değişikliklere neden olan bir madde. Psikedelik ilaç olarak da adlandırılır.

**LSD (liserjik asit dietilamid)** Ergot alkaloidlerinden türetilmiş halüsinojenik bir ilaç.

**esrar** Kenevir bitkisi Cannabis sativa çeşitlerinden üretilen maddeler. Halüsinojenik, depresan ve uyarıcı etkilerin bir karışımına neden olurlar.

**marihuana** Kenevir bitkisi Cannabis sativa'nın tomurcuklarından, yapraklarından ve çiçekli üst kısımlarından elde edilen kenevir maddelerinden biri.

**tetrahidrokanabinol (THC)** Kenevir maddelerinin ana etken maddesi.

## Esrar

Kenevir bitkisi olan *cannabis sativa*, dünya çapında sıcak iklimlerde yetişir. Kenevir çeşitlerinden üretilen ilaçlar, grup olarak **kenevir** olarak adlandırılır. Bunlardan en güçlüsü de *esrardır*; daha zayıf olanlar arasında ise kenevirin en iyi bilinen türü olan ve bu bitkinin tomurcukları, kurutulmuş yapraklar ve çiçekli üst kısımlarının karışımından oluşan **marihuana** yer alır. 11 yaşın üzerindeki 22 milyondan fazla insan (nüfusun yüzde 8,3'ü) şu anda en az ayda bir esrar içmektedir (SAMHSA, 2018).

Kenevir maddelerinin her birinin farklı güçlü yönleri vardır çünkü bir kenevir maddesinin gücü, bitkinin yetiştirildiği iklimden, hazırlanma biçiminden ve depolanma şekli ve süresinden büyük ölçüde etkilenir. Kenevirdeki yüzlerce aktif kimyasal madde



Adam Glanzman/The New York Times/Redux

**Marihuananın kaynağı** Marihuana, kenevir bitkisi olan Cannabis sativa'nın yapraklarından yapılır, örneğin Massachusetts'teki bir tıbbi marihuana dispanserinde bu yetiştirme odasında yetiştirilen bitkiler gibi. Kenevir sativa çok çeşitli rakımlarda, iklimlerde ve topraklarda yetiştirilmektedir.

## #SokakİsimleriAlkol alma demlenmek, küfelik olmak

Kokain beyaz, blow, Charlie, toz, kaya

Eroin black tar, horse, smack

Marihuana Mary Jane, ot

Amfetaminler speed, kristal, buz

MDMA Ecstasy, X, uçuş, kanat

Metamfetamin meth, crank, kristal, ice

Ağrı kesiciler Oxy, Percs, Vikes

arasındaki **tetrahidrokanabinol (THC)**, sergilenen etkisinde aktif rol oynayan madde gibi görünmektedir. Kenevirin THC içeriği ne kadar yüksekse o kadar güçlüdür, dolayısıyla esrar çok miktarda THC içerirken marihuana az miktarda içerir.

Esrar içildiğinde halüsinojenik, depresif ve uyarıcı etkilerin bir karışımına neden olur. Düşük dozlarda esrar alan kişi genellikle sevinç ve rahatlama duyguları yaşar ve sessiz ya da konuşkan hâle gelebilir. Bununla birlikte bazıları, özellikle kötü bir ruh hâlinde iseler veya üzücü bir ortamda esrar içiyorlarsa kendilerini endişeli, şüpheli veya rahatsız hissedebilir. Esrar içenlerin çoğu, çevrelerindeki yoğun sesler ve manzaralarla ilgili keskin algı ve hayranlık bildirir. Zaman yavaşlıyor gibi görünür ve mesafeler ve boyutlar gerçekte olduklarından daha büyük görünür. Bu genel "sarhoş" olma durumuna teknik olarak *esrar zehirlenmesi* denir. Fiziksel değişiklikler arasında gözlerde kızarıklık, hızlı kalp atışı, kan basıncında ve iştahta artış, ağızda kuruluk ve baş dönmesi yer alır. Bazı insanlar uykulu hâle gelir ve uykuya dalabilir.

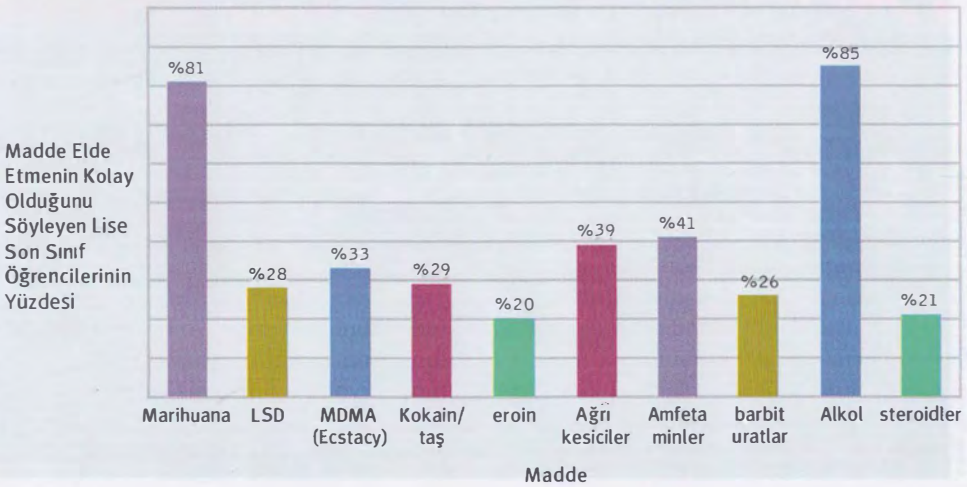
Yüksek dozlarda esrar tuhaf görsel deneyimlere, beden algısında değişikliklere ve halüsinasyonlara neden olur. Esrar içenlerin kafası karışabilir veya bu kişiler dürtüsel davranabilir. Bazıları, başkalarının kendilerine zarar vermeye çalıştığından endişe eder. Esrarın etkilerinin çoğu 2 ila 6 saat sürer. Ancak ruh hâlindeki değişiklikler daha uzun sürebilir.

**Esrar Kullanım Bozukluğu** 1970'lerin başına kadar esrarın zayıf bir formu olan marihuana kullanımı nadiren *esrar kullanım bozukluğuna* yol açmıştır. Ancak bugün, çok sayıda lise öğrencisi de dâhil olmak üzere birçok insan bu sorunu yaşayabilmekte, düzenli olarak marihuana kullanmakta ve sosyal ve mesleki veya akademik yaşamlarının çok etkilendiği görülmektedir (Kerridge ve diğerleri, 2018) (bk. **Şekil 10- 3**). Birçok düzenli kullanıcı, esrar için tolerans geliştirir, esrarı bıraktıklarında huzursuz ve sinirli hissedebilir ve grip benzeri belirtiler gösterebilir (Gorelick, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm gençlerin ve yetişkinlerin yüzde 1,5'i olan yaklaşık 4 milyon kişi, geçtiğimiz yıl içinde esrar kullanım bozukluğu sergilemiştir (SAMHSA, 2018).

Neden son otuz yılda daha fazla marihuana kullanıcısı esrar kullanım bozukluğu geliştirmektedir? Temelde esrarın içeriği değiştiği için. Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak bulunan esrar, 1970'lerin başlarında kullanılandan en az dört kat daha güçlüdür. Marihuananın 1960'ların sonundaki THC içeriği ortalama yüzde 2 iken günümüzde bu oran, yüzde 8'dir. Esrar artık özellikle THC içeriğini artıran sıcak ve kuru iklime sahip yerlerde yetiştirilmektedir.

**Marihuana Tehlikeli midir?** Marihuananın gücü ve kullanımı arttıkça araştırmacılar marihuana içmenin bazı tehlikeler oluşturabileceğini keşfettiler (Wang, 2018; Price, 2011). Marihuana kullanımı bazen halüsinojenlerin neden olduğu panik tepkilerine neden olur ve marihuana kullananların bazıları aklını kaybetmekten korkabilir. Genellikle bu tür tepkiler, marihuananın diğer etkileriyle birlikte 2 ila 6 saat içinde sona erer.

Marihuana, karmaşık duyu-motor becerilerin performansını ve bilişsel işlevleri engelleyebileceğinden birçok otomobil kazasına neden olmaktadır (Wang, 2018;




ŞEKİL 10-3

### Gençler İçin Madde Elde Etmek Ne Kadar Kolay?

Ankete katılan lise son sınıf öğrencilerinin çoğu alkol ve marihuana bulmanın kolay olduğunu ve üçte birinden fazlası amfetamin, ağrı kesiciler ve Ecstasy bulmanın kolay olduğunu söylüyor (Bilgi: Johnston ve diğerleri, 2017).

Brady ve Li, 2014) ve aslında, yetişkinlerin yüzde 4'ünün geçtiğimiz yıl en az bir kez marihuana etkisi altındayken araba kullandığı bilinmektedir (SAMHSA, 2018). Dahası, marihuana etkisi altında olan insanlar her ne kadar odaklansalar da bilgileri özellikle de son zamanlarda öğrendiklerini hatırlayamazlar. Bu nedenle ağır marihuana içenler okulda veya işte ciddi sıkıntı yaşarlar (Gorelick, 2018).

Düzenli marihuana kullanımının uzun vadeli sağlık sorunlarına da yol açabileceğine dair araştırma bulguları vardır (Gorelick, 2018; Hartney, 2014). Örneğin bu konuda önemli tartışmalar olsa da akciğer hastalığına katkıda bulunabilir. Bazı araştırmalar, marihuana içmenin akciğerlerdeki havayı dışarı atma yeteneğini, belki de tütün içmekten daha fazla olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Diğer bir endişe, düzenli marihuana içiminin üreme sistemine olan etkisidir. 1970'lerin sonlarından bu yana yapılan araştırmalar, kronik marihuana içen erkeklerde daha düşük sperm sayısı ve kronik marihuana içen kadınlarda anormal yumurtlama olduğunu göstermektedir.

Tekrarlı marihuana kullanımının tehlikeleri hakkında toplumu eğitme çabaları 1980'ler boyunca karşılığını almış gibiydi. Günlük esrar içen lise son sınıf öğrencilerinin yüzdesi 1978'de yüzde 11'den 1992'de yüzde 2'ye kadar düşmüştü. Fakat günümüzde lise son sınıf öğrencilerinin yüzde 6'sı her gün marihuana içmekte ve yaşlıların yüzde 69'u ise düzenli madde kullanımının büyük bir risk oluşturduğuna inanmamaktadır (Johnston vd., 2017).

**Esrar ve Toplum: Sorunlu Bir İlişki** Yüzyıllar boyunca esrar, tıpta önemli bir rol oynamıştır. Çinli doktorlar tarafından 2000 yıl önce cerrahi anestezik olarak önerilmiş ve başka ülkelerde kolera, sıtma, öksürük, uykusuzluk ve romatizma tedavisinde kullanılmıştır. Esrar marihuana biçiminde, yirminci yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'ne girdiğinde aynı şekilde çeşitli tıbbi amaçlar için kullanılıyordu. Ancak kısa süre sonra onun yerini daha etkili ilaçlar aldı ve esrarın iyi niyetli kullanımı değişmeye başladı. Esrar, eğlence amaçlı bir uyuşturucu olarak kullanılmaya başlandı ve yasa dışı dağıtımı bir kanun yaptırımı sorunu hâline geldi. Yetkililer bunun son derece tehlikeli olduğunu öne sürdüler ve bu "öldürücü otu" yasakladılar.

1980'lerde araştırmacılar THC'yi ölçmek ve esrardan saf THC çıkarmak için belli teknikler geliştirdiler, ayrıca THC'nin laboratuar formlarını ürettiler. Bu buluşlar ise ciddi bir göz hastalığı olan glokom tedavisinin kullanımında olduğu gibi esrar için yeni tıbbi uygulamaların kapısını açmıştır (Wang, 2018). Esrarın ayrıca kronik ağrı veya astımı olan hastalara, kemoterapide kanser hastalarının mide bulantısını ve kusmasını azaltmaya, AIDS'li kişilerin iştahını iyileştirmeye ve böylece kilo kaybıyla mücadele etmelerine yardımcı olduğu bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında, 1980'lerin sonlarında beyin ve vücut üzerinde laboratuvarda geliştirilen THC kapsüllerinden daha hızlı çalışan esrarın *tıbbi durumlarda yasallaştırılması* için pek çok ilgili grup kampanya yürütmüştür. Devlet kurumları, saf THC reçetelerinin gerekli tüm tıbbi işlevlere hizmet ettiğini söyleyerek bu harekete karşı direnmiştir. Bununla birlikte tıbbi marihuana savunucuları baskı yapmış ve 2009'da ABD Başsavcısı, federal savcıları eyalet yasalarına uyan tıbbi marihuana kullanıcılarına veya onların bakıcılarına karşı olan davaların peşini bırakmaları konusunda desteklemiştir. Şu anda 30 eyalette (artı Washington, DC., Guam ve Porto Riko) marihuananın tıbbi amaçlarla kullanılmasına izin veren bazı yasalar vardır ve daha pek çoğunda da bu yasaların çıkması yakındır (NCSL, 2018). Hatta tıbbi marihuana, bugün çok sayıda ülkede yasaldır (Gorelick, 2018).

Tıbbi marihuana alanındaki bu tür gelişmelerden cesaret alan ABD'de marihuananın *eğlence* amaçlı kullanımını yasallaştırma hareketi son yıllarda muazzam bir ivme kazanmıştır. Aslında 2012'den beri 8 eyalette yaşayanlar, marihuananın her türlü kullanımının yasallaşması için oy vermiştir -ancak bu tür eyalet eylemleri hala federal hükümet tarafından engellenebilir

## #DeğişenGidişat

1907'de Kaliforniya, marihuanayı bir zehir ilan eden ve satılmasını veya bulundurulmasını suç olarak ilan eden ilk eyalet oldu.

1996'da Kaliforniya, tıbbi marihuanayı yasallaştıran ilk eyalet oldu.

2016'da Kaliforniya, eğlence amaçlı esrarı yasallaştıran beşinci eyalet oldu.



Paul S. Howell/Getty Images

**Uyuşturucuyu koklamak** Okullarda, havalimanlarında, depolama tesislerinde ve benzer ortamlarda giderek yaygınlaşan bir sahne, marihuana, kokain, opiatlar ve diğer maddeleri koklayan eğitimli köpekler. Burada eğitimli bir köpek, Teksas'taki bir okulda, öğrencilerin kitapları veya diğer eşyaları arasında yasa dışı herhangi bir madde saklayıp saklamadığını görmek için dolapları kokluyor.



Miguel Schincariol/AFP/Getty Images

**Yaratıcı bir protesto** Brezilya'da marihuananın hem tıbbi hem de eğlence amaçlı kullanım için yasallaştırılması çağrısında bulunan yürüyüş sırasında insanlar devasa bir kenevir sigarası veya "esrar" tutuyor.

durumdadır (Robinson, 2017). Dahası son anketlere göre katılımcıların yüzde 57'si marihuananın yasal hâle getirilmesi gerektiğine inanmaktadır, bu oran 1969'da yüzde 12 iken 2010'da yüzde 41'dir (Pew Research Center, 2016). Bu tür anketlerde katılımcıların yarısından fazlası marihuanayı denediklerini kabul etmekte ve çoğu federal hükûmetin, esrarın yasal olduğu eyaletlerde federal marihuana karşıtı yasaların uygulanmaması gerektiğini söylemektedir. Diğer bazı ülkeler, marihuananın eğlence amaçlı kullanımı konusunda Amerika Birleşik Devletleri'nden daha hızlı hareket etmiştir. Örneğin 2017'de Kanada'nın başbakanı marihuanayı herhangi bir amaçla bir tüketici ürünü olarak tamamen yasallaştırmak için yasa çıkarmıştır -şimdilerde bu, ülke genelinde yasal satışlara izin veren bir yasa gibidir (Austen, 2017).

## Birden Fazla Maddenin Birlikte Kullanımı

İnsanlar genellikle aynı anda birden fazla madde aldıkları için, çoklu madde kullanımı olarak adlandırılan bir model, araştırmacılar maddelerin birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğini araştırmaktadır (Jarlenski ve diğerleri, 2017). Farklı maddeler aynı anda vücutta olduğunda birbirlerinin etkilerini çoğaltabilir veya *güçlendirebilirler*. **Sinerjik etki** olarak adlandırılan birleşik etki, genellikle tek başına alınan her bir maddenin etkisinin toplamından daha büyük olmaktadır: Bir ilacın küçük bir dozu ile diğerinin küçük bir dozu karıştırılarak yapılan küçük bir doz vücut kimyasında muazzam bir değişiklik yaratabilir.

Sinerjik etkinin bir türü özellikle iki veya daha fazla maddenin *benzer etkileri* olduğunda ortaya çıkar (Buckley ve diğerleri, 2017). Örneğin alkol, benzodiazepinler, barbitüratlar ve opioidler -tüm depresanlar- karıştırıldığında merkezî sinir sistemini ciddi şekilde baskılayabilir. Bunları küçük dozlarda bile birleştirmek aşırı sarhoşluğa, komaya hatta ölüme neden olabilir. Örneğin genç bir adam bir partide sadece birkaç alkollü içki içer ve kısa bir süre sonra uykuya dalmasına yardımcı olmak için makul bir doz barbitürat alır. Bu kişi kısıtlı miktarda madde aldığına ve sağduyulu davrandığına inanıyordur -ancak yine de asla uyanamayabilir.

Maddelerin *zıt* veya *antagonistik etkileri* olduğunda farklı bir tür sinerjik etki ortaya çıkar. Örneğin uyarıcı maddeler, karaciğerin normal barbitürat ve alkol atımına engel olur. Bu nedenle barbitüratları veya alkolü, kokain veya amfetaminlerle birleştiren kişiler sistemlerinde zehirli hatta ölümcül düzeyde depresan madde seviyeleri oluşturabilir. Gece geç saatlere kadar çalışmalarına yardımcı olması için amfetamin alan ve daha sonra uykuya dalmalarına yardımcı olması için barbitürat alan öğrenciler farkında olmadan kendilerini ciddi bir tehlikeye atmaktadır.

**sinerjistik etki** Farmakolojide, birden fazla madde aynı anda vücuda alındığında ortaya çıkan etkilerin artması durumu.

Her yıl on binlerce insan birden fazla madde aldığından acil durumda hastanelere başvurmakta ve bunlardan binlercesi ölmektedir (SAMHSA, 2018). Bazen sebep dikkatsizlik veya cehalettir. Bununla birlikte insanlar genellikle sinerjik etkilerden hoşlandıkları için birden fazla madde alır (Patrick ve diğerleri, 2018). Aslında yasa dışı bir maddeyi kullananların yüzde 90'ı bir dereceye kadar başka bir maddeyi de kullanabilmektedir (Jarlenski ve diğerleri, 2017; Rosenthal, Levounis ve Herron, 2016).

Hayranları, çoklu madde kullanımından ölen birçok ünlünün yasını tutmaktadır. Örneğin son birkaç yıl içinde adli tabipler aktris Carrie Fisher, aktör Philip Seymour Hoffman, Glee yıldızı Cory Monteith ve şarkıcılar Tom Petty, Whitney Houston ve Michael Jackson'ın vücutlarında çok sayıda madde buldular -ölümlerine bu karışımlar katkıda bulunmuş olabilir. Çok daha önce Elvis Presley'in uyarıcı ve depresanları hassas bir şekilde dengeleme eylemi, Janis Joplin'in şarap ve eroin karışımları, John Belushi'nin ve Chris Farley'in kokain ve opiyatların ("eroinle karıştırılmış kokain") birleşik etkisinden hoşlanmaları trajediyle sonuçlanmıştır.

Gençlerin ve genç yetişkinlerin uyuşturucu davranışları üzerinde kim daha fazla etkiye sahip: uyuşturuculara karşı konuşan rock sanatçıları mı yoksa uyuşturucuları öven rock sanatçıları mı?


Yannis Behrakis/Reuters

**Yapması kolay, alması tehlikeli** Yunanistan'daki bir uyuşturucu kullanıcısı, kokain ve eroin karışımı olan speedball olarak bilinen bir kokteyl hazırlıyor. Elindeki pembe kapsül eroin, mavi kapsül ise kokain içeriyor.

## ...ÖZETLE...

**HALÜSİNOJENLER, ESRAR VE BİRDEN FAZLA MADDENİN BİRLİKTE KULLANIMI** LSD gibi halüsinojenler, öncelikle duyusal algıda güçlü değişikliklere neden olan maddelerdir. İnsanların algıları yoğunlaşır ve yanılsamalar ve halüsinasyonlar olabilir. LSD görünüşe göre nörotransmiter serotoninin salınımını bozarak bu tür etkilere neden olur.

Bir kenevir bitkisi olan Cannabis sativa'nın ana maddesi tetrahidrokanabinoldür (THC). Esrarın en popüler şekli olan marihuana, bugün geçmiş yıllara göre daha güçlüdür. Zehirlenmeye neden olabilir ve düzenli kullanım esrar kullanım bozukluğuna yol açabilir. Birçok insan bir seferde birden fazla madde alır ve maddeler birbirini etkiler. Aynı anda iki veya daha fazla maddenin kullanımı, çoklu madde kullanımı, giderek daha yaygın hâle gelmiştir.

# Madde Kullanım Bozukluğuna Ne Sebep Olur?

Klinik kuramcılar, insanların neden madde kullanım bozuklukları geliştirdiğine dair sosyokültürel, psikolojik ve biyolojik açıklamalar geliştirmiştir. Ancak hiçbir açıklama kapsamlı bir destek görmemiştir. Diğer pek çok bozuklukta olduğu gibi aşırı ve kronik uyuşturucu kullanımı da giderek bu faktörlerin birleşiminin bir sonucu olarak görülmektedir.

## Sosyokültürel Yaklaşım

Bazı sosyokültürel kuramcılar, insanların stresli sosyoekonomik koşullar altında yaşadıklarında madde kullanım bozuklukları geliştirme olasılığının en yüksek olduğunu öne sürmektedir. Araştırmalar, daha yüksek işsizlik düzeyine sahip bölgelerde yaşayanların daha yüksek alkol veya opiyat kullanım bozukluğu oranlarına sahip olduğunu bulmuştur (Khazan, 2017; Marsiglia ve Smith, 2010). Benzer şekilde düşük sosyoekonomik sınıflardaki kişiler, diğer sınıflara göre daha yüksek madde kullanım bozukluğu oranlarına sahiptir. Bununla ilgili olarak, tam zamanlı çalışanların yüzde 11'i ve yarı zamanlı çalışanların yüzde 13'ü ile karşılaştırıldığında işsiz yetişkinlerin yüzde 18'i şu anda yasa dışı bir madde kullanmaktadır (SAMHSA, 2018).

Sosyokültürel kuramcılar, düzenli olarak başka tür streslerle karşılaşan insanların da madde kullanım bozuklukları geliştirme riskinin yüksek olduğunu savunmaktadır. Örneğin Hispanik, Afrikalı Amerikalı ve LGBTQ bireylerle yapılan bir dizi çalışma, özellikle yoğun ayrımcılığın olduğu ortamlarda yaşayan veya çalışan

#

### #UğursuzYaş

Garip bir tesadüf eseri, rock'ın en ünlü yıldızlarından ve madde bağımlılarından bazıları 27 yaşında öldü. Bunlar arasında Jimi Hendrix, Jim Morrison, Janis Joplin, Kurt Cobain, Brian Jones ve Amy Winehouse yer alıyor. Bu fenomen bazı çevrelerde "27'ler Kulübü" olarak anılıyor.

katılımcılar arasında daha yüksek madde kullanım bozuklukları oranları bulmuştur (Rose ve diğerleri, 2018; Slater ve diğ., 2017).

Buna rağmen bazı sosyokültürel kuramcılar, insanların madde kullanımına değer verilen veya en azından kabul edilen bir aile veya sosyal çevrenin parçası olmaları hâlinde madde kullanım bozuklukları geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir (Mahboubi ve diğerleri, 2017). Araştırmacılar sorunlu içki içmenin, ebeveynleri ve akranları içki içen gençler arasında ve aile ortamları stresli ve destekleyici olmayan gençler arasında daha yaygın olduğunu bulmuştur (Calhoun ve diğerleri, 2018; Wilens ve diğerleri, 2014). Dahası, Yahudiler ve Protestanlar arasında daha düşük alkolizm oranları görülmekte olup bu gruplarda içki içme genellikle yalnızca kesin sınırlar içinde kaldığı sürece kabul edilebilir görünmektedir. Buna karşın genellikle net bir sınır belirlemeyen İrlanda ve Doğu Avrupa'da alkolizm oranları daha yüksektir (Hart ve Ksir, 2017; Ledoux vd., 2002).

**Farklı etnik, dinî ve ulusal grupların farklı alkol kullanım bozukluğu oranlarına sahip olduğu bulgusunu hangi faktörler açıklayabilir?**

## Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik kuramcılar, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin erken yaşlarına kadar görülebilecek güçlü bağımlılık ihtiyaçları olduğuna inanmaktadır (Bressert, 2016; Dodes ve Khantzian, 2016). Ebeveynler, küçük bir çocuğun bakım ihtiyacını karşılayamadıklarında çocuğun yardım alma ve rahatlama için aşırı derecede başkalarına bağımlı olarak büyümesinin muhtemel olduğunu ve ilk yıllarda eksik olan fiziksel ve duygusal doyumu bulmaya çalıştığını öne sürmektedir. Bu dış destek arayışı bir maddeyi deneyimlemeyi içeriyorsa kişi madde ile bağımlı bir ilişki geliştirebilir.

Bazı psikodinamik kuramcılar ayrıca bazı kişilerin erken dönem ihtiyaçlarına, kendilerini özellikle madde kullanımına yatkın hâle getiren bir *madde bağımlılığı kişiliği* geliştirerek yanıt verdiklerine inanmaktadır. Kişilik envanterleri, hasta görüşmeleri hatta hayvan çalışmaları, madde kullanan bireylerin diğer bireylere göre daha bağımlı, antisosyal, dürtüsel, yenilik arayışı içinde, risk alma ve depresif olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Martino ve diğerleri, 2017). Bununla birlikte bu bulgular daha çok ilişkiseldir (en azından insan çalışmalarından elde edilen bulgular) ve bu tür özelliklerin kronik madde kullanımına yol açıp açmadığını veya tekrarlanan madde kullanımının insanların bağımlı, dürtüsel ve benzeri olmasına yol açıp açmadığını net bir şekilde ortaya koymaz.

Daha net bir nedensellik ortaya çıkarma çabasıyla öncü olarak görülebilecek bir boylamsal çalışma, alkol kullanmayan bir grup genç erkeğin kişilik özelliklerini incelemiştir ve ardından her bir erkeğin gelişimini de takip etmiştir (Littlefield ve Sher, 2010; Jones, 1971, 1968). Yıllar sonra orta yaşta alkol sorunu yaşayan erkeklerin özellikleri, alkol sorunu yaşamayanların özellikleriyle karşılaştırılmıştır. Alkol sorunu geliştiren erkekler ergenlik çağında daha dürtüsel davranmış ve orta yaşta da öyle olmaya devam etmiştir. Bu, dürtüsel erkeklerin gerçekten de alkol sorunları geliştirmeye daha yatkın olduklarını düşündüren bir bulgudur. Benzer şekilde çeşitli laboratuvar araştırmalarında, "dürtüsel" sıçanların -genellikle ödüllerini geciktirmekte güçlük çekenlerin- diğer farelere göre teklif edildiğinde daha fazla alkol içtiği bulunmuştur (Spoelder ve diğerleri, 2017).

**Etkileri hissetmek** Bir partide MDMA'yı ("Ecstasy") aldıktan kısa bir süre sonra bu çiftin ruh hâli, enerjileri ve davranışları bir değişim gösterir. Her hafta, partilere katılanlar ve diğer tüketiciler, teknik olarak uyarıcı olan ancak aynı zamanda halüsinojenik bir madde olarak kabul edilen bu maddenin yüz binlerce dozunu alıyorlar (Johnston ve diğerleri, 2017). MDMA, etkilerini büyük ölçüde beyindeki serotonin ve dopamin aktivitesini değiştirerek ortaya çıkarıyor.



Scott Houston/Polaris

Bu argümanın büyük bir zayıflığı, madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilen geniş kişilik özellikleri yelpazesidir. Farklı araştırmalar, farklı "kilit" özelliklere işaret etmektedir. Bu bozuklukları olan bazı insanlar bağımlı, bazıları dürtüsel hatta antisosyal göründüğü için araştırmacılar şu anda herhangi bir kişilik özelliğinin veya özellik grubunun bu bozuklukların gelişiminde öne çıktığı sonucuna varamamaktadır (Garofalo ve Wright, 2017).

## Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı kuramcılara göre *edimsel koşullanma* madde kullanım bozukluklarında anahtar bir rol oynayabilir. Kuramcılar bir maddenin gerilimin geçici olarak azaltılması etkisinin veya

rahatlatmasının ödüllendirici bir etkiye sahip olduğunu ve böylece kullanıcının bu tepkiyi tekrar arama olasılığını artırdığını savunmaktadır (Duperrouzel ve diğerleri, 2018; Nock, Minnes ve Alberts, 2017). Benzer şekilde bu ödüllendirici etkiler sonunda kullanıcıları daha yüksek dozları veya daha güçlü etki yaratacak kullanma yöntemlerini denemeye yönlendirebilir. Bu koşullanma açıklamalarının ötesinde bilişsel-davranışçı kuramcılar, bu tür ödüllerin sonunda maddelerin ödüllendirici olacağına dair bir *beklenti* oluşturduğunu ve bu beklentinin, insanları gerginlik zamanlarında madde kullanımını artırmaya motive ettiğini ileri sürmektedir (Montes ve diğerleri, 2017).

Bu görüşleri destekleyen araştırmalar, birçok insanın gergin hissettiğinde daha fazla alkol içtiğini veya eroin aradığını bulmuştur (Collins ve diğerleri, 2018; Frone, 2016). Bir çalışmada, katılımcılar zor bir anagram görevi üzerinde çalışırken, araştırmacılar tarafından yerleştirilen bir sahte denek onları haksız yere eleştirmiş ve küçümsemiştir. Daha sonra katılımcılardan, alkollü içecekleri karşılaştırmaları ve derecelendirmeleri için bir "alkol tadım görevine" katılmaları istenmiştir. Eleştiriye uğrayanlar, tadım görevi sırasında eleştirilmeyen kontrol katılımcılarına göre daha fazla alkol içmişlerdir.

Bir anlamda bilişsel-davranışçı kuramcılar, birçok insanın gergin hissettiğinde kendilerini bir tür "tedavi etmek" amacıyla madde kullandığını savunmaktadır. Öyleyse kaygı, depresyon ve benzeri diğer sorunlardan muzdarip kişiler arasında daha yüksek oranlarda madde kullanım bozuklukları olması beklenebilir ve aslında, psikolojik bozukluklardan muzdarip tüm yetişkinlerin en az yüzde 20'si madde kullanım bozuklukları da geliştirmektedir (Dworkin vd., 2018; SAMHSA, 2018).

Bazı bilişsel-davranışçı kuramcılar, *klasik koşullanmanın* da bu bozukluklarda rol oynayabileceğini öne sürmektedir (Goltseker ve diğerleri, 2017; O'Brien, 2013). 2 ve 4. bölümlerden hatırlayacağınız gibi klasik koşullanma, zaman içinde birbirine yakın görünen iki uyaran kişinin zihninde birleştiğinde ortaya çıkar, böylece kişi sonunda her bir uyarana benzer şekilde tepki verir. Bir kişi bir maddeyi aldığı anda çevrede bulunan ipuçları veya nesneler, klasik olarak koşullu uyaranlar olarak hareket edebilir ve maddenin ortaya çıkardığı zevkin bir kısmını ortaya çıkarabilir. Örneğin bir derialtı enjeksiyonun, maddenin birlikte alındığı arkadaşın veya bir tedarikçinin görüntüsünün, eroin veya amfetamin bağımlısı insanları rahatlattığı ve yoksunluk belirtilerini hafiflettiği bilinmektedir. Benzer şekilde yoksunluk sıkıntısı sırasında var olan ipuçları veya nesneler, yoksunluk benzeri belirtilere neden olabilir. Eskiden eroine bağımlı olan bir adam, geçmişte yoksunluk yaşadığı mahalleye döndüğünde midesi bulanmış ve başka yoksunluk belirtileri de göstermiştir -bu, onun tekrar eroin almaya başlamasına neden olan bir tepki.

## Biyolojik Yaklaşım

Geçtiğimiz yıllarda araştırmacılar, biyolojik faktörlerin madde kötüye kullanımında önemli bir rol oynadığı konusunda netleşmiştir (Volkow ve diğerleri, 2018). *Genetik yatkınlık, nörotransmiterler* ve *beyin devreleri* üzerine yapılan çalışmaların hepsi bu netliği işaret etmektedir.

**Genetik Yatkınlık** Yıllardır bazı hayvanların genetik olarak madde bağımlısı olmaya yatkın olup olmadığını görmek için üreme deneyleri yapılmıştır (Logrip ve diğerleri, 2018; Weiss, 2011). Örneğin birçok çalışmada araştırmacılar önce alkolü diğer içeceklere tercih eden hayvanları belirlemiş ve sonra onları birbirleriyle eşleştirmiştir. Genel olarak bu hayvanların yavrularının da beklenmedik bir alkol tercihi sergilediği bulunmuştur.

Benzer şekilde ikizlerle yapılan araştırmalar, insanların maddeleri kötüye kullanma eğilimine sahip olabileceğini öne sürmektedir (Stickel ve diğerleri, 2017; Ystrom ve diğerleri, 2014). Çok sayıda çalışma, tek yumurta ikizlerinde alkolizm *uyuşum oranının* yaklaşık yüzde 50 olduğunu bulmuştur yani tek yumurta ikizlerinden biri alkolizm gösteriyorsa vakaların yüzde 50'sinde diğer ikiz de alkolizm yaşamaktadır. Buna karşılık aynı çalışmalarda çift yumurta ikizlerinin uyum oranı yalnızca yüzde 30 olarak bulunmuştur. Ancak daha önce okuduğunuz

### #PopülerŞarkıİsimleri

Madde kullanımı müzikte popüler bir temadır. Hit şarkılar arasında Amy Winehouse'un "Rehab", Velvet Underground'un "Heroin", Rolling Stones'un "Sister Morphine", Snoop Dogg'un "Gin and Juice", Eric Clapton'ın "Cocaine", Cyprus Hill'in "I Wanna Get High", Eminem'in " Drug Ballad, Lil Kim'in "Drugs" ve Missy Elliott'un "Pass That Dutch" yer alır.



Photo by Bob Mabelitini, courtesy Connecticut College

**Uyuşturucu kurabiyeler?** Connecticut College'daki araştırmacılar, farelerin laboratuvar kaynaklı Oreo kurabiyelerine -özellikle kremalı kısmına- bağımlılığının, birçok yönden laboratuvar kaynaklı kokain ve morfine bağımlılıkları kadar güçlü olduğunu buldular. Bu çalışma; birçok yüksek yağlı, yüksek şekerli gıdanın, beyni bağımlılık yapan ilaçların yaptığı şekilde ve beynin aynı bölgelerini uyardığı teorisini test etmek için yapıldı.

gibi bu tür bulgular diğer yorumları ekarte etmemektedir. Öncelikle iki tek yumurta ikizinin aldığı ebeveynlik, iki çift yumurta ikizininkinden daha benzer olabilir.

Genetiğin madde kullanım bozukluklarında rol oynayabileceğinin daha net bir göstergesi, doğumdan kısa bir süre sonra evlat edinilen kişilerde alkolizm oranlarının araştırılmasından gelmektedir (Stickel ve diğerleri, 2017; Samek ve diğerleri, 2014). Bu çalışmalar, biyolojik ebeveynlerinde alkol kötüye kullanımı olan evlat edinilenler ile biyolojik ebeveynlerinde alkol kötüye kullanımı olmayan evlat edinilenleri karşılaştırmıştır. Yetişkinliğe gelindiğinde biyolojik ebeveynleri alkolü kötüye kullanan bireyler, alkolizm olmayan biyolojik ebeveynlere sahip olanlara göre genellikle daha yüksek alkolizm oranları göstermektedir.

*Genetik bağlantı* çalışmaları ve *moleküler biyoloji* teknikleri, genetik açıklamayı desteklemek için daha doğrudan kanıt sunabilmektedir (Walker ve Nestler, 2018; Way ve diğerleri, 2017). Bir araştırma dizisi, madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların çoğunda *dopamin-2 (D2) reseptör geninin* anormal bir formunu bulmuştur ancak bu tür bozuklukları olmayan katılımcıların yüzde 20'sinden azında dopamin-2 (D2) reseptör geninin anormal bir formunu bulmuştur (Blum ve diğ., 2018, 2015, 1990). Bazı çalışmalar, diğer genleri de madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendirmektedir (Patriquin vd., 2017; Rezaei vd., 2017).

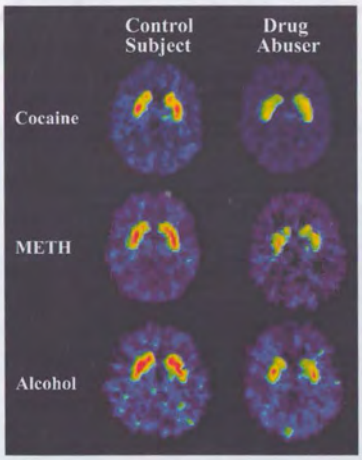
**Nörotransmiterler** Son yıllarda bazı araştırmacılar madde toleransı ve yoksunluk belirtilerine yönelik nörotransmiter temelli bir açıklamayı bir araya getirdiler (Lohani ve diğerleri, 2017; Byrne ve diğerleri, 2016; Kosten ve diğerleri, 2011, 2005). Bu kuramcılar, belirli bir madde alındığında normal amacı sakinleştirmek, ağrıyı azaltmak, ruh hâlini yükseltmek veya uyanıklığı artırmak olan belirli nörotransmiterlerin aktivitesini artırdığını iddia etmektedir. Kişi maddeyi almaya devam ettiğinde beyin, görünüşe göre bir ayarlama yapmakta ve kendi nörotransmiter üretimini azaltmaktadır. Madde, nörotransmiter aktivitesini veya verimliliğini artırdığı için beynin nörotransmiteri serbest bırakmasına gerek kalmamaktadır. Madde alımı arttıkça vücudun nörotransmiter üretimi azalmaya devam etmekte ve kişi madde etkilerini elde etmek için giderek daha fazla ilaca ihtiyaç duymaktadır. Bu şekilde madde bağımlıları bir maddeye karşı tolerans geliştirmekte ve kendilerini rahat, mutlu veya uyanık hissetmek için kendi biyolojik süreçlerinden çok maddeye bağımlı hâle gelmektedir. Maddeyi aniden keserlerse doğal nörotransmiter tedarikleri bir süre için azalacak, yoksunluk belirtileri ortaya çıkacaktır. Yoksunluk, beyin nörotransmiterlerin normal üretimine dönene kadar devam edecektir.

Kötüye kullanılan madde hangi nörotransmiterlerin etkileneceğini bir dereceye kadar belirler. Alkol veya benzodiazepinlerin tekrarlanan ve aşırı kullanımı beynin nörotransmiter GABA üretimini azaltabilir, düzenli opiyat kullanımı beynin endorfin üretimini azaltabilir ve düzenli kokain veya amfetamin kullanımı beynin dopamin üretimini azaltabilir (Vaquero ve diğ., 2017; Kosten vd., 2011, 2005). Ek olarak araştırmacılar, THC'ye çok benzer şekilde çalışan *anandamid* adı verilen bir nörotransmiter belirlemiştir, aşırı marihuana kullanımı da anandamid üretimini azaltabilir.

**Beynin Ödül Devresi** Madde bağımlılığının nörotransmiter odaklı açıklaması, düzenli olarak madde alan kişilerin neden tolerans ve yoksunluk reaksiyonları olduğunu açıklamaya yardımcı olmaktadır. Ama maddeler neden bu kadar ödüllendirici ve neden bazı insanlar ilk olarak onlara başvurmaktadır? Son yıllarda yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, bu sorulara belirli bir beyin devresinin -tartışılan nörotransmiterlerin işlerini yaptıkları devre- işleyişine işaret ederek cevap vermektedir. Daha önce okumuş olduğunuz gibi bir beyin devresi, farklı davranışsal, bilişsel veya duygusal tepkileri üretmek için birbirini harekete geçiren, birlikte çalışan beyin yapıları ağıdır. Madde kötüye kullanımına bağlı olan devre, ödül merkezi ve *zevk yolu* olarak da adlandırılan ödül devresidir (Volkow ve diğerleri, 2018, 2016).

Görünüşe göre bir kişi bir maddeyi (gıdalardan maddeye) aldığında, bu madde sonunda beynin ödül döngüsünü harekete geçirmektedir (Hadar ve diğerleri, 2017). Bu ödül devresi, *ventral tegmental alan* (orta beyinde) olarak adlandırılan beyin yapısını, ödül merkezi olarak bilinen bir yapıyı ve *prefrontal korteksi* içerir (bkz. **Şekil 10-4**). Ayrıca bu devre striatum, hipokampus ve diğer bazı önemli yapıları içerir

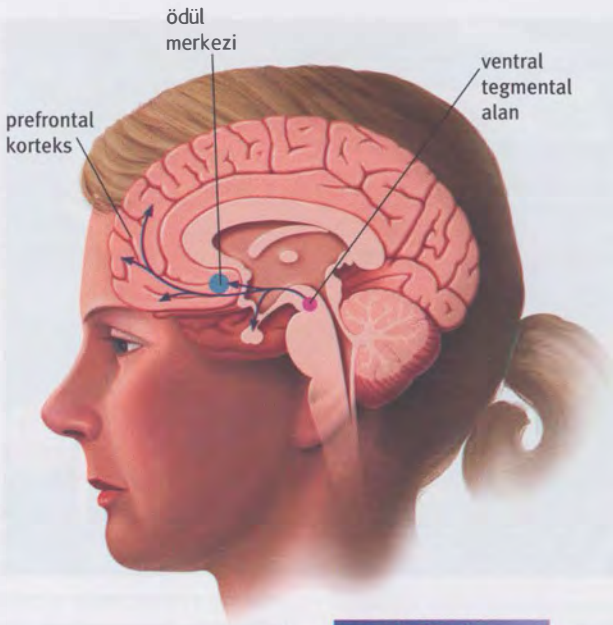
**Ödül eksikliği sendromunun kurbanları?** Madde kullanım bozuklukları geliştiren kişilerin beyin ödül devreleri, yaşamdaki olaylarla yetersiz bir şekilde harekete geçirilebilir - ödül eksikliği sendromu adı verilen bir sorun. Daha fazla beyin aktivitesini gösteren kırmızı ve turuncu renkler ile, bu PET taramaları, kokain, metamfetamin ve alkol kötüye kullananların bu maddeleri almadan önce ödül devrelerinin (sağda), genellikle, kullanmayanların ödül devrelerinden (solda) daha az aktif olduğunu göstermektedir (Volkow vd., 2016, 2004, 2002).




Reprinted from Neurobiology of Learning and Memory, N. D. Volkow et al. Role of Dopamine, the Frontal Cortex and Memory Circuits in Drug Addiction: Insight from Imaging Studies, 610–624, © 2002, with permission from Elsevier.

(Vaquero ve diğerleri, 2017). Bu devrede anahtar nörotransmiter *dopamindir* (Volkow ve diğerleri, 2018, 2016). Bu devre boyunca dopamin aktive edildiğinde, kişi zevk duyar. Müzik, ödül devresinde dopamini etkinleştirebilir. Bir kucaklama veya bir övgü de dopamini etkinleştirebilir. Ve uyuşturucu maddeler de etkinleştirebilir. Başka nörotransmiterler de bu ödül devresinde rol oynasa da, birincil nörotransmiter dopamindir.

Bazı maddeler ödül devresindeki yapıları doğrudan uyarır. Kokain ve amfetaminlerin doğrudan dopamin aktivitesini artırdığını hatırlayın. Diğer maddeler ödül devresini dolambaçlı yollarla uyarıyor gibi görünür. Alkol, opiyatlar ve marihuana tarafından tetiklenen biyokimyasal tepkimeler, sonunda ödül devresinde artmış dopamin aktivitesine ve dolayısıyla ödül devresindeki yapılar arasında aşırı iletişime (yani, artan ara bağlantıya) yol açan bir dizi kimyasal olayı harekete geçirir (Hadar vd., 2017; Vaquero vd., 2017). Bir dizi çalışma ayrıca maddeler bu ödül devresini tekrar tekrar uyarırken, devrenin maddelere aşırı duyarlılık geliştirdiğini göstermektedir. Yani, devrede bulunan nöronlar, maddeler tarafından uyarıldıklarında daha kolay ateşlenir ve bunlar için ileride daha çok istemeye katkıda bulunur (Moeller ve Paulus, 2018).




ŞEKİL 10-4

**Beyindeki Zevk Merkezi**

Maddelerin zevk duygusu üretmesinin nedenlerinden biri, beynin ödül devresindeki nörotransmiter dopaminin aktivitesini artırmalarıdır. Ventral tegmental alanı, ödül merkezi ve prefrontal korteksi içeren bu devrenin kronik işlevsizliği, madde kullanım bozukluğuna yol açabilir.

Yine de bazı kuramcılar, kronik olarak madde kullanan kişilerin bir ödül eksikliği *sendromundan* muzdarip olabileceğinden şüphelenmektedir. Ödül devresi, kişilerin hayatlarındaki günlük olaylarla kolayca harekete geçmez. Bu nedenle bu kişiler özellikle stres zamanlarında bu zevk yolunu uyarmak için maddelere yönelirler (Blum ve diğerleri, 2018, 2016, 2000). İlaveten anormal D2 reseptör geni gibi anormal genler, bu sendroma olası katkıda bulunanlar arasında gösterilmektedir. Kısacası belirli maddelerin kronik olarak alınması beyinde işlevsiz bir ödül devresi ve bununla birlikte bir madde kullanım bozukluğunun belirtilerinin oluşmasına neden olabilir.

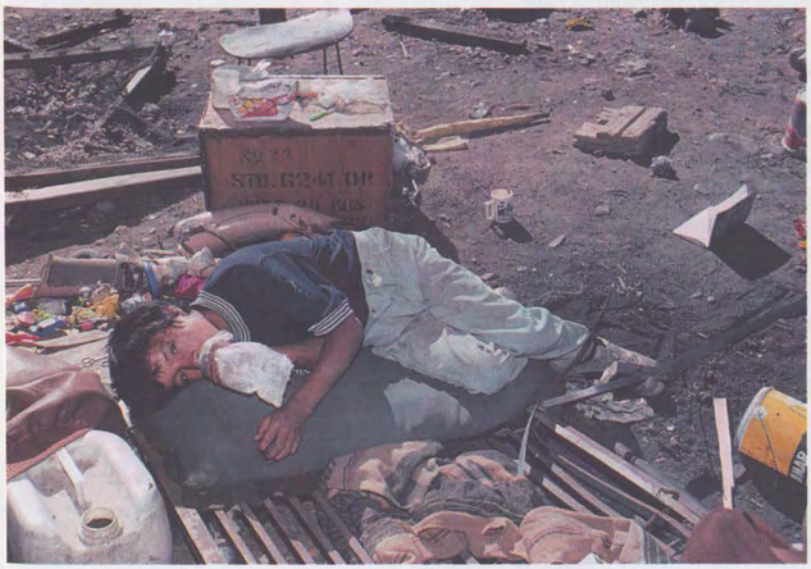
## Gelişimsel Psikopatoloji Yaklaşımı

Yıllar geçtikçe madde kullanım bozukluklarına katkıda bulunabilecek faktörlerin bir listesi ortaya çıkmıştır fakat madde kullanım bozukluklarını tam olarak öngören veya açıklayan tek bir faktör sunmak mümkün değildir. Bu nedenle diğer psikolojik bozukluklarda olduğu gibi bazı madde kullanımı kuramcıları, yaklaşımların her biri tarafından tanımlanan değişkenleri birleştirmeye çalışmıştır. Bir kez daha gelişimsel psikopatoloji kuramcıları bu çabada aktif rol oynamıştır.

Bu yaklaşıma göre madde kullanım bozukluklarına giden yol, genellikle genetik olarak kalıtsal yatkınlıklarla başlar -beyindeki idealden az işlevsel ödül devresi ve bu bölümde daha önce tartışılan bazı olumsuz özellikleri içeren sorunlu bir mizaç ile karakterize edilen yatkınlıklar gibi. Gelişimsel psikopatologlar eğer birey, çocukluk yaşantısı boyunca daha fazla sayıda stresör, yetersiz ebeveynlik (örneğin madde kötüye kullanımı ile model olma), belirgin madde kullanım deneyimleri, madde kullanan akranlarla ilişkiler ve / veya önemli yetişkin dönemleri stresörleri ile karşılaşırsa bu tür yatkınlıkların sonunda madde kullanım bozukluğuna sebep olacağını öne sürmektedir (Forster ve diğerleri, 2018; Zucker ve diğerleri, 2016). Aynı zamanda çocukluk ve ergenlik boyunca baş edilebilir olumsuzluklar yaşayan bireyler bu tür yatkınlıklara, stres faktörlerine ve olumsuz aile ve akran etkilerine karşı koymaya yardımcı olabilecek bir direnç seviyesi geliştirebilir.

Kısaca gelişimsel psikopatoloji yaklaşımı, bu bölümde tartışılan faktörlerin neden bazen madde kullanım bozukluklarına yol açtığını ve bazen yol açmadığını anlamak için bir çerçeve sunar. Hatta bu yaklaşım bundan daha fazlasını da yapar: Madde bağımlılığı araştırma literatüründeki çelişkiler için de bir açıklama sunar. Örneğin madde bağımlılığı kişilikleriyle ilgili daha önceki tartışmamızı anımsayın (bk. Sayfa 314). Hatırlayacağınız üzere çeşitli kişilik özellikleri madde kullanım bozuklukları

**ödül devresi** Beyinde aktive edildiğinde zevk duyguları üreten, dopamin açısından zengin bir devre.



Steven Rubin/The Image Works

**Yaygın madde, yaygın olmayan tehlike** Çöp yığınının yanında sersemlemiş hâlde yatan 13 yaşındaki bir çocuk tutkalı kokluyor. Amerika Birleşik Devletleri'nde insanların en az yüzde 6'sı tutkal, benzin, tiner, temizleyiciler ve sprey kutusu itici gazları gibi yaygın maddelerde bulunan hidrokarbonları soluyarak sarhoş olmaya çalışmaktadır (APA, 2013). Bu tür davranışlar, uçucu madde kullanım bozukluğuna ve bir dizi ciddi tıbbi tehlikeye yol açabilir.

ile ilişkilendirilmiştir: bağımlılık, antisosyal eğilimler, dürtüsellik, yenilik arayışı, risk alma ve depresif davranışlar -ancak farklı çalışmalar farklı özellikleri bu bozukluklarla ilişkilendirmiştir. Ama gelişimsel psikopatoloji kuramcılarına göre bu bulgular hiç de çelişkili değildir.

Kuramcılar, çok farklı iki mizaçtan herhangi birinin sonraki madde bağımlılığı için zemin hazırlayabileceğini öne sürmektedir. Bir yandan bazı bireylerde dürtüsellik, saldırganlık, aşırı aktivite, sınırlı kararlılık, düşük hayal kırıklığı toleransı ve dikkatsizlik içeren, *dışsallaştırıcı* bir mizaç olarak da adlandırılan *daha az kısıtlanmış bir mizaç* daha belirgindir (Trucco ve diğerleri, 2018; Zucker ve diğerleri, 2016, 1996). Bu bireyler davranışlarını kontrol etmekte büyük zorluk çeker. Bu nedenle erken dönem aile içi çatışmalar, davranış problemleri ve okulda zorluklar yaşama riskleri fazladır -bu değişkenler sosyal problemlere, akranlarla ilişkilerde istenmeyen olaylara, tekrarlanan madde kullanımından ötürü akranlarından gelen ödül gibi deneyimlere ve sonuç olarak madde kullanım bozukluğu başlangıcına yol açabilir. Çalışmalar, bu kümenin ve değişken dizisinin gerçekten de birçok madde kullanım bozukluğu vakasında ortaya çıktığını önermektedir (Chassin ve diğerleri, 2016).

Öte yandan gelişimsel psikopatoloji yaklaşımına göre diğer insanlar için bazen *içselleştirici* bir mizaç olarak adlandırılan, pek çok şeyden korkma, depresyon, olumsuz düşünme ve bağımlılıkla karakterize edilen bir *kısıtlanmış ve olumsuz duygudurum mizacı* daha belirgindir. Bu mizaç; bireylerin gelişimi, düşük benlik kavramı ve kişilerarası ilişkilerde reddedilme boyunca endişe ve üzüntüye katkıda bulunabilir. Bu bireyler sonunda alkol ve uyuşturucuya yönelebilir çünkü maddeler duygusal acılarını azaltır, sıkıntılı düşüncelerini dindirir ve kişilerarası zorluklarda onlara yardımcı olur. Araştırmalar, bu kümenin ve değişken dizisinin de madde kullanım bozukluklarına yol açabileceğini göstermiştir (Menary, Corbin ve Chassin, 2017; Chassin vd., 2016).

Farklı mizaçların madde kullanım bozukluklarına neden olmak için farklı gelişim faktörlerini tetikleyebileceği ve bunlarla etkileşime girebileceği fikri, gelişimsel psikopatoloji yaklaşımının temel ilkelerinden biri olan *eş sonluluk* (equifinality) -farklı gelişimsel yolların aynı psikolojik bozukluğa yol açabileceği ilkesi - ile tutarlıdır (bk. sayfa 69-70). Kısaca madde kullanım bozukluklarında anahtar faktörlerin belirlenmesi, kapsamlı bir açıklamanın yalnızca bir parçasıdır. Bu faktörlerin ne zaman ve nasıl etkileşime girdiğini belirlemek de gereklidir.

## ...ÖZETLE...

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNA NE SEBEP OLUR?** Madde kullanım bozuklukları için birkaç açıklama ileri sürülmüştür. Sosyokültürel kuramcılara göre bu bozuklukları geliştirme olasılığı en yüksek olan kişiler, stresli sosyoekonomik koşullar altında yaşayanlar veya aileleri uyuşturucu kullanımına değer veren veya hoşgörülü olan kişilerdir. Psikodinamik yaklaşıma göre madde kullanım bozukluğu geliştiren kişilerin, yaşamın erken dönemlerine kadar izlenebilir aşırı bağımlılık ihtiyaçları vardır. Bazı psikodinamik kuramcılar ayrıca bazı kişilerin madde kullanımına yatkın hâle getiren bir madde bağımlılığı kişiliğine sahip olduklarına inanırlar. Önde gelen bilişsel davranışçı yaklaşımlarda madde kullanımının başlangıçta pekiştirildiği görülmektedir çünkü madde kullanımı gerilimi azaltmaktadır ve bu tür azalmalar, maddelerin rahatlatıcı ve yardımcı olacağı beklentisine yol açmaktadır.

Biyolojik açıklamalar ikiz çalışmaları, evlat edinilen çocuklarla yapılan çalışmalar ve genetik çalışmalarla desteklenmektedir ve insanların bu bozukluklara yatkınlık

geliştirebileceğini öne sürmektedir. Araştırmacılar ayrıca madde toleransı ve yoksunluk belirtilerinin, aşırı ve kronik madde kullanımı sırasında beynin belirli nörotransmiterlerin üretimindeki kesintilerden kaynaklanabileceğini de ortaya koymuştur. Biyolojik araştırmalar, pek çok maddenin, belki de hepsinin, sonuçta beynin ödül devresindeki dopamin aktivitesini artırabileceğini göstermektedir.

Gelişimsel psikopatoloji kuramcıları, genetik olarak kalıtsal biyolojik yatkınlığın ve mizaç yatkınlığının, bir madde kullanım bozukluğuna neden olmak için yaşam stresörleri, problemli ebeveynlik ve / veya diğer çevresel faktörlerle etkileşime girebileceğini öne sürmektedir.

# Madde Kullanım Bozukluğu Nasıl Tedavi Edilir?

Madde kullanım bozukluklarını tedavi etmek için psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve biyolojik yaklaşımların yanı sıra çeşitli sosyokültürel terapiler dahil birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bu faklı yaklaşımlar genellikle terapistlerin danışanları yapıcı tercihler ve davranış değişiklikleri yapmaları için motive etmeye yardımcı olduğu *motivasyonel* görüşme (bk. Sayfa 283) ile birleştirilir (Kampman, 2018; Ingersoll, 2017). Tedavi bazen büyük başarı sağlasa da sıklıkla sadece orta derecede yardım sunar (Peavy, 2017; Strain, 2017). Bugün farklı tedaviler genellikle ya ayakta ya yatarak ya da ikisinin bir kombinasyonu olarak kullanılmaktadır.

## Psikodinamik Terapiler

Psikodinamik terapistler ilk olarak danışanlara, madde kullanım bozukluğuna yol açtığına inandıkları altta yatan ihtiyaçları ve çatışmaları ortaya çıkarmaları ve bunlarla çalışmaları konusunda rehberlik eder. Terapistler daha sonra danışanların maddeye bağlı yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya çalışır. Bu yaklaşım sıklıkla kullanılsa da etkili olmadığı görülmüştür (Dodes ve Khantzian, 2016; McCrady ve diğerleri, 2014). Madde kullanım bozuklukları, nedenleri ne olursa olsun, sonunda eğer insanlar maddeden kurtulacaksa tedavinin doğrudan hedefi olması gereken inatçı bağımsız sorunlar hâline gelebilir. Psikodinamik terapi, çok boyutlu bir tedavi programında diğer yaklaşımlarla birleştirildiğinde daha fazla yardımcı olma eğilimindedir.

## Bilişsel Davranışçı Terapiler

Madde kullanım bozuklukları için bilişsel-davranışçı tedaviler, danışanların madde kötüye kullanım örüntülerine katkıda bulunmaya devam eden davranışları ve bilişleri tanımlamalarına ve değiştirmelerine yardımcı olur (Kampman, 2018; Aronson, 2017). Bu bozukluklar için önde gelen bilişsel-davranışçı müdahaleler *itici uyaranla terapi, izlerlik yönetimi, nüks önleme eğitimi* ve *kabul ve kararlılık terapisidir (KKT).*

**İtici Uyaranla Terapi** Klasik koşullanmanın davranışçı ilkelerine dayanan ve yaygın olarak kullanılan bir yaklaşım olan **itici uyaranla/kaçınma terapisinde** danışanlara madde aldıkları anda tekrar tekrar nahoş bir uyarıcı (örneğin elektrik şoku) sunulur. Tekrarlanan eşleşmelerden sonra danışanların maddenin kendisine olumsuz tepki vermeleri ve ona olan isteklerini kaybetmeleri beklenir.

Bu terapi yöntemi alkolizmi tedavi etmek için diğer madde kullanım bozukluklarını tedavi etmekten daha sık kullanılmaktadır. Bu terapinin bir versiyonunda alkol alma, ilaçtan kaynaklı bulantı ve kusmayla eşleştirilir (Elkins ve diğerleri, 2017; Cole, 2016). Mide bulantısının alkolle eşleşmesinin, alkole olumsuz tepkiler vermesi beklenir. İtici uyaranla terapinin başka bir versiyonunda, alkolizm hastalarının içki içerken aşırı derecede üzücü, iğrenç veya korkutucu sahneler hayal etmeleri istenir. Hayali sahnelerin alkolle eşleştirilmesi sonucu alkole olumsuz tepkiler vermesi

**kaçınma terapisi** Danışanlara madde almak gibi istenmeyen davranışlar sergilerken hoş olmayan uyaranların tekrar tekrar sunulduğu bir tedavi.

### #MaddeKullanımındanÖlenÜnlüler

- Tom Petty, şarkıcı ve söz yazarı (çoklu madde, 2017)
- Lil Peep, rapçi (çoklu madde, 2017)
- Carrie Fisher, oyuncu (çoklu madde ve uyku apnesi, 2017)
- Prens, şarkıcı ve söz yazarı (opiat, 2016)
- Philip Seymour Hoffman, aktör (çoklu madde, 2014)
- Cory Monteith, aktör (çoklu madde, 2013)
- Whitney Houston, şarkıcı (kokain ve kalp hastalığı, 2012)
- Amy Winehouse, şarkıcı (alkol zehirlenmesi, 2011)
- Michael Jackson, sanatçı ve söz yazarı (çoklu madde, 2009)
- Heath Ledger, aktör (çoklu madde, 2008)
- Anna Nicole Smith, model (çoklu madde, 2007)
- Ol 'Dirty Bastard, rapçi, Wu-Tang Clan (çoklu madde, 2004)
- Rick James, şarkıcı (kokain, 2004)

beklenir. İşte terapistlerin bir danışanı hayal etmesi için yönlendirdikleri bir sahneye örnek:

> *(Bira, viski vb.) tattığınızı canlı bir şekilde hayal etmenizi istiyorum. Tadına bakın, tam tadı, rengi ve kıvamını yakalayın. Tüm duyularınızı kullanın. İçeceği tattıktan sonra, bardağın içinde küçük ve beyaz bir şeyin süzüldüğünü fark edin – gözünüze çarpıyor. Daha dikkatli incelemek için biraz daha eğilin, burnunuz şimdi camın tam üzerinde ve kokusu, içkinin tadının nasıl olduğunu tam olarak hatırlarken burun deliklerinizi dolduruyor. Artık bardağın içinde ne olduğunu görebilirsiniz. Yüzeyde yüzen birkaç kurtçuk. Siz tiksinerek izlerken, kurtçuklardan biri camdan tutunmayı başarıyor ve dalgalı bir şekilde camda sürünüyor. Camda düşündüğünüzden çok daha fazla iğrenç yaratık var. Bazılarını yuttuğunuzu ve ağzınızdaki tadın farkında olduğunuzu hissedin. Kendinizi hasta hissediyorsunuz ve asla bardağa uzanıp içkiyi içmemiş olmayı diliyorsunuz.*
>
> *(Clarke ve Saunders, 1988, s. 143–144)*

Madde kullanım bozuklukları için itici uyaranla terapi, tek tedavi şekli olarak kullanıldığında yalnızca sınırlı bir başarı elde edilmiştir (Elkins ve diğerleri, 2017; Belendiuk ve Riggs, 2014). Buradaki önemli bir sorun, yaklaşımın ancak insanlar kendilerini bu hoş olmayan prosedürün birden çok seansına tabi tutmaya motive ederse etkili olabileceğidir ve pek çok kişi de bunu istememektedir.

**İzlerlik Yönetimi** Edimsel koşullanmanın davranışsal ilkelerine dayalı olarak *izlerlik* yönetimi programları, madde içermeyen idrar örneği sunmalarına bağlı olarak danışanlarına bir takım ödüller (kuponlar, ödüller, nakit para veya ayrıcalıklar gibi) sunar (Rash ve diğerleri, 2017; Stitzer, Cunningham Ve Sweeney, 2017). Temelde, bu uygulamada -genellikle 8 ila 16 hafta sürer- bağımlı oldukları maddelerin kullanımından kaçınmaları için danışanları ödüllendirir.

Araştırmalar, izlerlik yönetimi programlarındaki danışanların diğer programlara göre daha yüksek bir katılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte programlar daha geniş bir tedavi yaklaşımının parçası olmadıkça hastaların uzun bir süre boyunca maddelerden uzak durmalarına yardımcı olmada en iyi ihtimalle orta derecede etkilidir (Kampman, 2018; Stitzer ve diğerleri, 2017). İtici uyaranla terapide olduğu gibi büyük bir sınırlama, yaklaşımın ancak insanlar maddeyi bırakmaktan kaynaklanan hoş olmayan duruma veya madde kullanma isteklerine rağmen programa devam etmeye motive olduklarında etkili olabilmesidir.

**Nüks Önleme Eğitimi** Madde kötüye kullanımına yönelik en önemli bilişsel davranışçı yaklaşımlardan biri, **nüks önleme eğitimidir** (Menon ve Kandasamy, 2018). Bu yaklaşımın genel amacı, danışanların madde ile ilgili davranışları üzerinde *kontrol* sahibi olmalarıdır. Bu hedefe ulaşmaya yardımcı olmak için danışanlara yüksek riskli durumları belirlemeleri, bu gibi durumlarda alabilecekleri çeşitli kararları değerlendirmeleri, kötü yaşam tarzlarını değiştirmeleri ve hatalardan ve yanlışlardan ders almaları öğretilir.

Alkol kullanım bozukluğu için nüks önleme eğitimine genellikle birkaç strateji izlenir: (1) *Terapistler, danışanların alkol tüketimini takip etmesini sağlar.* İnsanlar içtikleri zamanları, yerleri, duyguları, bedensel değişiklikleri ve diğer durumları yazarak kendilerini aşırı içme riskine sokan durumların daha fazla farkına varırlar. (2) *Terapistler, danışanlara bu tür durumlar ortaya çıktığında kullanacakları başa çıkma stratejilerini öğretir.* Danışanlar örneğin içme sınırına ne zaman yaklaştıklarını anlamayı, içme oranlarını kontrol etmeyi (belki içeceklerini aralıklarla veya hızlıca çok miktarda içmek yerine yudumlayarak), aksi takdirde içki içecekleri durumlarda gevşeme teknikleri, atılganlık becerileri ve diğer başa çıkma davranışlarını uygulamayı öğrenir. (3) *Terapistler, danışanlarına önceden plan yapmayı öğretir.* Danışanlar, örneğin kaç içeceğin uygun olduğunu, ne içileceğini ve hangi koşullarda içileceğini önceden belirleyebilir.

### #AyıkKalmak

Mevcut AA üyelerinin %73'ü 1 yıldan uzun süredir ayık durumdadır (AA World Services, 2017).

**Başa çıkmanın daha iyi yolları** Nüks önleme eğitimi de dâhil olmak üzere madde kullanım bozuklukları için çeşitli tedaviler, hastalara stres ve olumsuz duygularla başa çıkmanın alternatif - daha işlevsel - yollarını öğretir. Buradan hareketle, Çin'deki bir uyuşturucu rehabilitasyon merkezindeki bu danışan, bastırılmış öfkesini dışa vurmasına yardımcı olması için bir yumruklama mankenini tekmeleme uygulamasını geliştirdi.



© Jason Lee/Reuters/Newscom

Nüks önleme eğitiminin bazı kişilerin sarhoşluk ve aşırı içki içme sıklığını azalttığı bulunmuştur (Menon ve Kandasamy, 2018; Hart ve Ksir, 2017). Genç olan, kronik alkol kullanımına tolerans geliştirmeyen ve yoksunluk belirtileri göstermeyen kişiler bu tedavi yaklaşımına en iyi cevap veriyor gibi görünmektedir.

**Kabul ve Kararlılık Terapisi** Madde kullanım bozukluğu vakalarında kullanılan bir başka bilişsel-davranışçı tedavi biçimi de *kabul ve kararlılık terapisidir (KKT)*. Bölüm 2 ve 4'te okuduğunuz gibi KKT terapistleri, danışanların düşüncelerinin zihinlerinden geçerken *farkına varmalarına* ve bu tür düşünceleri yalnızca zihinsel olaylar olarak kabul etmelerine yardımcı olmak için farkındalık temelli bir yaklaşım kullanır. Madde kullanım bozukluğu olan insanlar için bunun anlamı madde istekleri, endişeleri ve depresif düşünceleri konusundaki farkındalıklarını ve kabullerini artırmaktır. Bu tür düşünceleri ortadan kaldırmaya çalışmak yerine kabul ederek danışanların bu düşüncelerden dolayı daha az üzülmeleri ve madde arayarak bu düşüncelere göre hareket etme olasılıklarının azalması beklenir. Araştırmalar, KKT'nin plasebo tedavilerden daha etkili olduğunu ve en azından madde kullanım bozuklukları için diğer bilişsel davranışçı tedaviler kadar etkili olduğunu ve bazen daha etkili olduğunu göstermektedir (Narayanan ve Naaz, 2018; Smallwood ve diğerleri, 2016).

**nüks önleme eğitimi** Alkol kullanım bozukluğunu tedavi etmek için danışanlara önceden plan yapmalarının ve genellikle aşırı içkiyi tetikleyen durumlarda başa çıkma stratejileri uygulamalarının öğretildiği bir yaklaşım.

**arındırma** Sistematik ve tıbbi denetimli bir şekilde maddeden uzaklaşma.

**antagonist ilaçlar** Bağımlılık yapan bir maddenin etkilerini bloke eden veya değiştiren ilaçlar.

## Biyolojik Tedaviler

İnsanların maddeyi bırakmasına, maddeden uzak durmasına veya sadece kullanım seviyelerini daha fazla artırmadan kullanmaya devam etmelerine yardımcı olmak için biyolojik tedaviler kullanılabilir. Diğer tedavi türlerinde olduğu gibi biyolojik yaklaşımlar tek başına nadiren uzun vadeli iyileşme sağlar ancak diğer yaklaşımlarla birleştirildiğinde yardımcı olabilirler.



Copyright © New York City Department of Health and Mental Hygiene. Reprinted with permission.

**Acil bir durumda** 2017 yılında New York Şehri Sağlık Departmanı, insanları opiat-aşırı doz krizlerinde kullanılabilmesi için opiat antagonisti naloksonu kullanmaya teşvik eden "Bir Hayatı Kurtardım" halkı bilinçlendirme kampanyasını başlattı. Kampanya, nalokson kullanarak bir arkadaşının veya akrabasının hayatını kurtarabilen gerçek hayattaki insanlar hakkında güçlü posterler ve hikâyeler içeriyor. Bu ilaç artık şehirdeki eczanelerde satılmaktadır.

**Arındırma (Detoksifikasyon)** **Arındırma**, sistematik bir yöntemdir ve bir maddeyi kullanmayı denetimli bir şekilde tıbbi olarak bırakmaktır. Ayakta tedavi şeklinde bazı arındırma programları sunulmaktadır. Bazı programlar ise hastanelerde ve kliniklerde yatılı şeklinde olabilir ve bireysel ve grup terapisini de içerebilir -popüler hâle gelen "tam donanımlı hizmet" şeklindeki kurumsal bir yaklaşım gibi. Bir arındırma yaklaşımı, hastaların maddeyi tamamen bırakana kadar gittikçe daha küçük dozlar alarak maddeyi kademeli bırakmasını sağlar. Genellikle tıbbi olarak tercih edilen ikinci bir arındırma stratejisi, danışanlara yoksunluk belirtilerini azaltan başka ilaç verme şeklindedir (Sevarino, 2018). Örneğin kaygı karşıtı ilaçlar bazen deliryum, titreme ve nöbet geçirme gibi şiddetli alkol yoksunluk tepkilerini azaltmak için kullanılır. Arındırma programları, motive olmuş insanların maddeden uzaklaşmasına yardımcı oluyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte başarılı bir arındırmadan sonra psikolojik, biyolojik veya sosyokültürel bir tedavi yöntemi almayanlar için nüks oranı yüksek olma eğilimindedir (Strain, 2018, 2017).

**Antagonist İlaçlar** Bir maddeyi başarıyla bıraktıktan sonra insanlar tekrar kronik kullanım döngüsüne düşmekten kaçınmalıdır. Maddeyi kullanma arzusuna direnmeye yardımcı olmak için madde kullanım bozukluğu olan bazı kişilere bağımlılık yapan ilacın etkilerini bloke eden veya değiştiren **antagonist ilaçlar** verilir (Strain, 2018; Sofin ve diğerleri, 2017). Örneğin *Disulfiram* (Antabuse), genellikle alkolden uzak durmaya çalışan kişilere verilir. Tek başına, düşük dozda disülfiramın çok az olumsuz etkisi var gibi görünmektedir ancak alkol alırken disulfiram alan bir kişide yoğun mide bulantısı, kusma, kızarma, daha hızlı kalp atışı, baş dönmesi ve belki de bayılma olacaktır. Disülfiram alan kişilerin yeniden alkol alma olasılığı daha düşüktür çünkü içki içmeleri durumunda kendilerini bekleyen korkunç belirtileri bilirler. Disulfiramın yararlı olduğu kanıtlanmıştır -ancak özellikle de onu reçete edildiği gibi

almaya istekli kişilerde (Sofin ve diğerleri, 2017). Disülfirama ek olarak şu anda pek çok başka antagonist ilaç da test edilmektedir.

Opiyatlarla ilişkili madde kullanım bozuklukları için **nalokson** gibi birkaç *opiyat antagonisti ilaç* daha kullanılmaktadır (Strain, 2018). Bu antagonistler, beyindeki *endorfin* reseptör bölgelerine bağlanır ve opiyatların olağan etkilerinin ortaya çıkmasını imkânsız hâle getirir. Sarhoş olmadan sürekli madde kullanımı anlamsız hâle gelir. Ek olarak opiyat antagonistleri, opiyat aşırı dozu sırasında endorfin reseptörlerini bloke ederek solunum depresyonunun ölümcül etkisini gerçekten tersine çevirebilir ve böylece kullanıcının hayatını kurtarabilir. Araştırmalar, opiyat antagonistlerinin alkol veya kokain ile ilişkili madde kullanım bozukluklarının tedavisinde de faydalı olabileceğini göstermektedir (Busch ve diğerleri, 2017; Johnson, 2017).

**Sürdürme Tedavisi** Maddeyle ilgili yaşam tarzının etkileri, maddenin doğrudan etkilerinden daha büyük bir sorun olabilir. Örneğin eroin bağımlılığının neden olduğu hasarın çoğu aşırı dozlardan, sterilize edilmemiş şırıngalardan ve buna eşlik eden suç yaşamından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle 1960'larda eroin bağımlılığını tedavi etmek için **metadon** sürdürme programları geliştirildiğinde ilk başta klinisyenler çok ilgiliydi (Dole ve Nyswander, 1967, 1965). Bu programlarda, bağımlılığı olan kişilere eroinin yerine veya *agonisti* olarak laboratuvarda yapılmış opiyat *metadonu* verilir. Daha sonra metadona bağımlı hâle gelmelerine rağmen yeni bağımlılıkları güvenli tıbbi gözetim altında sürdürülür. Eroinden farklı olarak metadon orta derecede sarhoşluğa neden olur, ağızdan alınabilir (Böylece şırınganın tehlikelerini ortadan kaldırır.) ve günde yalnızca bir kez alınması gerekir.

**Yasal, kullanımı tıbbi olarak denetlenen eroin kullanımı (Büyük Britanya'da) veya eroinin yerine kullanılan ilaçlar (Birleşik Devletler'de) neden madde kullanımıyla ilgili sorunlarla mücadele etmekte başarısız oldu?**

İlk başta metadon programları çok etkili görünüyordu ve birçoğu Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve İngiltere'de kurulmuştu. Bununla birlikte bu programlar, metadonun tehlikeleri nedeniyle 1980'lerde daha az popüler hâle gelmiştir. Pek çok klinisyen, bir bağımlılığı diğerinin yerine koymanın bir madde kullanım bozukluğu için kabul edilebilir bir "çözüm" olmadığına inanmaya başlamış ve bağımlılığı olan birçok kişi, metadon bağımlılığının, varolan bağımlılığı sadece daha da karmaşıklaştıran ek bir madde sorunu yarattığından şikâyet etmiştir (Strain, 2018 ; Dalsbø vd., 2017).

Bu tür endişelere rağmen metadon ile sürdürme tedavisi, kısmen yeni araştırma desteği (Strain, 2018) bulduğu için ve kısmen de intravenöz/damar içi madde bağımlıları ve onların partnerleri ve çocukları arasında HIV ve hepatit C virüslerinin hızlı yayılması nedeniyle son yıllarda klinisyenler arasında yeniden ilgi uyandırmıştır (Kharasch, 2017). Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde binlerce klinik metadon tedavisi sağlamaktadır.

Bir başka opiyat sürdürme ilacı olan *buprenorfin* de son yıllarda bir sürdürme tedavisi biçimi olarak ivme kazanmaktadır (Sevarino, 2018; SAMHSA, 2017). Metadon gibi bu ilaç da danışanlara eroin, ağrı kesici ve benzerlerine daha güvenli bir alternatif olarak uygulanan bir opiyattır. Bununla birlikte araştırmalara göre buprenorfin, metadondan daha az etkili bir sürdürme ilacıdır ve daha az tolerans ve daha az yoksunluk belirtilerine neden olur (Strain, 2018; Gowing ve diğerleri, 2017). Bu nedenlerden ötürü buprenorfin yüksek düzeyde yapılandırılmış bir klinik programının parçası olmaktan ziyade doktorlar tarafından ofiste reçete edilmesine kanunen izin verilen bir ilaçtır.



Chau Doan/LightRocket via Getty Images

**tıbbi gözetim altında ... madde kullanımı** Metadonun kendisi, güvenli tıbbi gözetim altında alınmadığında diğer opiatlar kadar tehlikeli olabilen bir opiattır. Burada bir metadon tedavi tesisindeki bir hemşire, hastalara uygulanmak üzere ilacı hazırlıyor.

## Sosyokültürel Terapiler

Daha önce okuduğunuz gibi sosyokültürel kuramcılar -hem *ailesel-sosyal* hem de çok kültürlü kuramcılar- psikolojik sorunların sosyal bir ortamda ortaya çıktığına ve en iyi sosyal bağlamda ele alınacağına inanırlar. İnsanların madde kullanım bozukluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için üç sosyokültürel yaklaşım kullanılmaktadır: (1) *kendine yardım programları,* (2) *kültüre ve cinsiyete duyarlı programlar* ve (3) *toplum temelli önleme programları.*

**Kendine Yardım ve Yatılı Tedavi Programları** Madde kullanım bozukluğu olan birçok kişi, profesyonel yardım almadan birbirlerinin iyileşmesine yardımcı olmak

için kendi aralarında örgütlenmiştir (Aronson, 2017). Madde bağımlılığı için kendi kendine yardım hareketi, alkolizmden muzdarip iki Ohio'lu erkeğin bir araya gelip alternatif tedavi olanaklarını araştırmaya başladığı 1935 yılına dayanmaktadır. Bu adım; üyelerinin alkolle ilgili sorunları tartıştığı, fikir alışverişinde bulunduğu ve birbirine destek sağladığı bir kendi kendine yardım grubunun ve diğer yardım gruplarının oluşmasına yol açmıştır. Bu örgütlenme, **Adsız Alkolikler (AA)** adıyla daha tanınır hâle gelmiştir.

Bugün AA'nın dünya çapında 110.000 farklı grupta toplamda yaklaşık 2 milyon üyesi bulunmaktadır (AA World Services, 2018). AA insanların alkolizmin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için ahlaki ve manevi yönergelerin yanı sıra akran desteği sunar. Görünüşe göre farklı üyeler AA'nın farklı yönlerini faydalı bulmaktadır. Bazıları için akran desteği faydalıdır, bazıları için ise manevi boyut (Kelly, 2017). Düzenli olarak toplantılar yapılır ve üyeler birbirlerine 24 saat yardım etmeye hazırdır.

Bu gruplar, yaşama yönergeleri sunarak üyelerin "her seferinde sadece bir gün" içkiden uzak durmasına yardımcı olarak onları alkole karşı güçsüz oldukları ve normal yaşamak istiyorlarsa içkiyi tamamen ve kalıcı olarak bırakmaları gerektiği fikrini "gerçek" olarak kabul etmeleri için teşvik eder. AA alkolizmi bir hastalık olarak görür ve "Bir kez alkolik olan, her zaman alkoliktir." görüşünü savunur. Diğer kendine yardım kuruluşları, *Al-Anon* ve *Alateen* gibi alkolizm hastaları ile yaşayan ve onlarla bakım veren kişilere destek sunar. Diğer madde kullanım bozuklukları için *Narcotics Anonymous* ve *Cocaine Anonymous* gibi kendine yardım programları geliştirilmiştir (Peavy, 2017; Lembke ve Humphreys, 2016).

AA'nın içkiden uzak durma hedefinin, kontrollü içki içme hedefi olan nüks önleme eğitimine ve madde kötüye kullanımına yönelik diğer birkaç müdahaleye doğrudan zıt olduğunu belirtmek gerekir (bk. sayfalar 320-321). Aslında bu konu -içkiden uzak durmaya karşı kontrollü içicilik- yıllardır tartışılmaktadır (Zemore, 2017; Rosenthal, 2011). Bu konudaki duygular o kadar güçlüdür ki 1980'lerde bir taraftaki insanlar diğer taraftaki kişilerin niyetlerini ve dürüstlüğünü bile sorgulamıştır (Sobell ve Sobell, 1984, 1973; Pendery ve diğerleri, 1982).

Bununla birlikte araştırmalar, belirli bir içme sorununun doğasına bağlı olarak hem kontrollü içme hem de içkiden uzak durmanın yararlı tedavi hedefleri olabileceğini göstermektedir (Best, 2017; Zemore, 2017). Araştırmalar, alkol kullanım bozukluğu uzun süredir devam eden kişiler için alkolden uzak durmanın daha uygun bir hedef olabileceğini öne sürerken kontrollü içme alışkanlığı tolerans ve yoksunluk belirtileri olmayan daha genç içiciler için yararlı olabilir. İkinci grupta yer alan kişilere gerçekten de kötüye kullanım olmayan bir içme şekli öğretilmesi gerekebilir.

Birçok kendine yardım programı, eskiden madde bağımlısı olan kişilerin bireysel, grupla ve aile terapilerinden geçerken maddeden arınmış bir ortamda yaşadığı, çalıştığı ve sosyalleştiği ve toplum yaşamına geri döndüğü **yatılı tedavi merkezlerine** veya **terapötik topluluklara** -*Daytop Village ve Phoenix House gibi*- yayılmıştır (Aronson, 2017; Gruenewald ve diğerleri, 2016).

Kendine yardım ve yatılı tedavi programlarının devam etmesini sağlayan kanıtlar büyük ölçüde bireysel tanıklıklar şeklindedir. On binlerce insan bu programlara üye olduklarını ve hayatlarını değiştirdikleri için onlara güvendiklerini ifade etmektedir. Programlarla ilgili çalışmalar da olumlu bulgulara sahiptir ancak bu tür çalışmaların sayısı sınırlıdır (Best, 2017; Peavy, 2017).

**Kültüre ve Cinsiyete Duyarlı Programlar** Madde kullanım bozukluğu olan pek çok insan fakir ve belki de şiddet içeren bir ortamda yaşamaktadır. Günümüz tedavi programları yoksul, evsiz veya azınlık grupların üyeleri olan madde bağımlılarının karşılaştığı özel sosyokültürel baskılara ve sorunlara duyarlı olmaya çalışmaktadır (Upshur ve diğerleri, 2018; McKinney ve Caetano, 2016). Danışanlarının yaşam zorluklarına duyarlı olan terapistler, genellikle nükse neden olan stresleri ele almak için daha fazlasını yapabilir.

Benzer şekilde terapistler, kadınların genellikle erkekler için tasarlananlardan farklı tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyduklarının farkına varmıştır (Grella, 2018;


Christian Petersen/Getty Images

**Bir hayalin sonu** 2016 yılında Florida Marlins'in top atan oyuncusu Jose Fernandez, 32 metrelik teknesini bir iskeleye sürerken iki yolcuyla birlikte öldürüldü. Toksikoloji raporu, 2008 yılında Küba'dan kaçan 24 yaşındaki oyuncunun çok sarhoş olduğunu (kandaki alkol seviyesi 0,147) ve kaza anında vücudunda kokain bulunduğunu gösterdi.

**nalokson** Yaygın olarak kullanılan opiat antagonist bir ilaçtır.

**metadon sürdürme programı** Çeşitli opiat kullanım bozukluklarını tedavi etmek için hastalara yasal ve tıbbi olarak denetlenen dozlarda metadon -eroinin yerine geçen bir ilaç- verildiği bir tedavi.

**Adsız Alkolikler (AA)** Alkol kullanım bozukluğu olan kişilere destek ve rehberlik sağlayan kendine yardım kuruluşları.

**yatılı tedavi merkezi** Daha önce madde bağımlısı olan kişilerin maddeden arınmış bir ortamda yaşadığı, çalıştığı ve sosyalleştiği yer. Terapötik topluluk olarak da adlandırılır.



Jonathan Newton/The Washington Post via Getty Images

**Cezaevinde madde kullanımıyla mücadele** Utah'taki bir hapishanede madde danışmanlığı seansı sırasında tutuklular el sıkışıyor. Bu seans, Addict II Athlete ("spora bağımlı" olarak ifade edilir.) adı verilen topluluklarda, rehabilitasyon merkezlerinde ve hapishanelerde yaşayan insanlar için eyalet çapında yürütülen programın bir parçasıdır. Program, maddeyle ilişkili davranışlara alternatif olarak egzersiz ve atletik çabaları vurgularken aynı zamanda bireylerin madde kullanım bozukluklarını ele almalarına yardımcı olmak için destek, psikoeğitim ve diğer müdahaleleri de sağlar.

Gamboa, 2017). Örneğin kadınlar ve erkekler genellikle uyuşturuculara karşı farklı fiziksel ve psikolojik tepkiler gösterir.

Buna ek olarak madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavisi, cinsel istismarın etkisi, uyuşturucu alırken gebe kalma olasılığı veya gebe kalma, çocuk yetiştirmenin getirdiği stres ve hamileyken madde kullanımından dolayı cezai kovuşturma korkusu nedeniyle karmaşık hale gelebilir (SAMHSA, 2017). Bu nedenle bu tür bozuklukları olan birçok kadın, cinsiyete duyarlı kliniklerde veya yatılı programlarda yardım ararken daha rahat hisseder; bu tür bazı programlar, çocukların iyileşmekte olan anneleriyle birlikte yaşamalarına da olanak tanır.

**Toplum Temelli Önleme Programları** Madde kullanım bozukluklarına yönelik belki de en etkili yaklaşım, madde kullanımını önlemektir (Mewton vd., 2018; Gruenewald vd., 2016). İlk madde önleme programları okullarda yapılmıştır. Bugün bu tür programlar aynı zamanda iş yerlerinde, etkinlik merkezlerinde ve diğer halka açık ortamlarda ve hatta medya aracılığıyla sunulmaktadır (SAMHSA, 2018). Ergenlerin yaklaşık yüzde 12'si geçtiğimiz yıl okul dışında madde önleme programlarına katıldıklarını bildirmiştir. Yaklaşık yüzde 75'i bir madde kullanımını önleme mesajını görmüş veya duymuştur ve neredeyse yüzde 60'ı geçen yıl ebeveynleriyle alkol ve diğer maddelerin tehlikeleri hakkında konuşmuştur.

**Ünlülerin geçmişteki uyuşturucu kullanımıyla ilgili itiraflarının, insanların bir madde kullanım bozukluğu için tedavi aramaya istekliliği üzerinde nasıl bir etkisi olabilir?**

Bazı önleme programları bir maddeden tamamen uzak durma modeline dayanırken bazıları güvenilir miktarda kullanımı öğretir. Bazıları madde kullanımını durdurmaya çalışır bazıları, insanların maddeyi ilk denedikleri yaşı geciktirmeye çalışır. Programlar ayrıca maddeler hakkında eğitim sunup sunmadıkları, madde kullanımına alternatifler öğretip öğretmedikleri, potansiyel kullanıcının psikolojik durumunu değiştirmeye çalışıp çalışmadıkları, insanların akran ilişkilerini değiştirmelerine yardım edip etmedikleri veya bu teknikleri birleştirip birleştirmedikleri konusunda da farklılık gösterebilir.

Önleme programları *bireye* (örneğin maddenin hoş olmayan etkileri hakkında eğitim vererek), *aileye* (ebeveynlik becerilerini öğreterek), *akran grubuna* (akran baskısına karşı direnmeyi öğreterek), *okula* (uyuşturucu politikaları) veya genel olarak *topluma* odaklanabilir. En etkili önleme çabaları insanların yaşamlarının tüm alanlarında madde kullanımı hakkında tutarlı bir mesaj vermek için bu alanlardan birkaçına birden odaklanmaktadır (Mewton ve diğerleri, 2018). Hatta okul öncesi çocuklar için bile bazı önleme programları geliştirilmektedir.

Günümüzün önde gelen toplum temelli önleme programlarından ikisi **TheTruth.com** ve **Above the Influence**'dır. The Truth özellikle gençleri hedefleyen, internette (örneğin YouTube'da), televizyonda, dergi ve gazetelerde "cüretkâr" reklamları bulunan, sigara karşıtı bir kampanyadır. Above the Influence ise gençler tarafından kötüye kullanılan bir dizi maddeye odaklanan benzer bir reklam kampanyasıdır.

Başlangıçta ABD Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Ofisi tarafından oluşturulan Above the Influence, 2014 yılında özel, kâr amacı gütmeyen bir program hâline gelmiştir. Çeşitli toplum temelli önleme programlarının gerçek etkisini değerlendirmek için bir dizi çalışma yürütülmektedir (SAMHSA, 2017; Allara ve diğerleri, 2014).

**kumar oynama bozukluğu** Bir dizi yaşam sorununa yol açan, sürekli ve tekrarlayan kumar oynama davranışıyla kendini gösteren bir bozukluk.

## ...ÖZETLE...

**MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI NASIL TEDAVİ EDİLİR?** Madde kullanım bozukluklarını tedavi etmek için genellikle birkaç yaklaşım birleştirilir. Psikodinamik terapistler danışanların madde kullanımına yol açmış olabilecek temel ihtiyaçların ve çatışmaların farkına varmalarına ve düzeltmelerine yardımcı olmaya çalışır. Bilişsel-davranışçı teknikler arasında itici uyaranla terapi, izlerlik yönetimi, nüks önleme eğitimi ve kabul ve kararlılık terapisi bulunur. Biyolojik tedaviler arasında arındırma, antagonist ilaçlar ve sürdürme tedavisi yer alır. Sosyokültürel tedaviler, madde kullanım bozukluğunu, kendine yardım grupları (örneğin Adsız Alkolikler), yatılı tedavi programları, kültür ve cinsiyete duyarlı tedaviler ve toplum temelli önleme programları aracılığıyla sosyal bağlamda ele alır.

# Diğer Bağımlılık Bozuklukları

Bu bölümün başında okuduğunuz gibi DSM-5 **kumar oynama bozukluğunu** madde kullanım bozukluklarının yanında bir bağımlılık bozukluğu olarak listelemektedir. Bu, DSM'nin önceki baskılarında yalnızca maddelerin kötüye kullanımına atıfta bulunan bağımlılık kavramının önemli ölçüde genişlediğini göstermektedir. Esas itibarıyla DSM-5, insanların madde kullanımının ötesinde davranışlara ve faaliyetlere de bağımlı hâle gelebileceğini önermektedir.

## Kumar Oynama Bozukluğu

Yetişkinlerin yüzde 4'ünün ve gençlerin ve üniversite öğrencilerinin %3 ila 10'unun *kumar oynama bozukluğundan* muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (Floros, 2018; Nowak ve Aloe, 2014). Klinisyenler, bu bozukluk ile sosyal kumar oynama arasında ayrım yapma konusunda dikkatli davranırlar (APA, 2013). Kumar oynama bozukluğu, davranışın bağımlılık yapıcı doğasından ziyade kumar oynayarak harcanan zaman veya para ile tanımlanır. Kumar oynama bozukluğu olan kişiler kumar oynamakla meşguldür ve genellikle bahse girmekten kaçınmazlar. Tekrar tekrar para kaybettiklerinde parayı geri kazanmak için genellikle daha fazla kumar oynarlar ve finansal, sosyal, mesleki, eğitimsel ve sağlık sorunları karşısında bile kumar oynamaya devam ederler (bk. **Tablo 10-3**). Sıkıntılı hissettiklerinde genellikle daha fazla kumar oynarlar ve oynadıkları kumarın kapsamını örtbas etmek için genellikle yalan söylerler. Kumar oynama bozukluğu olan pek çok kişi, arzu edilen heyecana ulaşmak için daha büyük miktarlarda parayla kumar oynamaya ihtiyaç duyar ve kumar oynamayı azaltmaya veya durdurmaya çalıştıklarında huzursuz veya sinirli hissederler -madde kullanım bozukluğunda görülen tolerans ve yoksunluk belirtilerine benzer belirtiler (APA, 2013).

Kumar oynama bozukluğu için önerilen açıklamalar genellikle madde kullanım bozuklukları ile paralellik göstermektedir (Yazdi vd., 2019; Nautiyal vd., 2017). Bazı çalışmalar, örneğin kumar oynama bozukluğu olan kişilerin (1) bozukluğu geliştirmek için genetik bir yatkınlığının olabileceğini, (2) kumar oynadıklarında beynin ödül devresinde dopamin aktivitesi ve işlev bozukluğu yaşadıklarını, (3) dürtüsellik ile yenilik arayışı ve onları kumar oynama bozukluğuna yatkın hâle getiren diğer kişilik tarzlarına sahip olduklarını ve (4) yanlış beklentiler, duyguları ile bedensel durumları hakkında yanlış yorumlamalar gibi tekrarlanan bilişsel hatalar yaptıklarını göstermektedir. Bununla birlikte bu kuramlar üzerine yapılan araştırmalar şimdiye kadar sınırlı kalmıştır ve bu tür açıklamalar şimdilik kesin değildir.

Madde kullanım bozuklukları için önde gelen tedavilerin birçoğu, kumar oynama bozukluğunda da kullanılmak üzere uyarlanmıştır (Choi ve diğerleri, 2017). Bu tedaviler, nüks önleme eğitimi gibi bilişsel davranışçı yaklaşımları ve opiyat antagonistleri gibi biyolojik yaklaşımları içerir. Buna ek olarak Adsız Alkoliklerden sonra

**TABLO: 10-3**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Kumar Oynama Bozukluğu**

1. Birey, tam bir yıl boyunca aşağıdaki semptomlardan en az 4'ünü içeren uyumsuz bir kumar oynama örüntüsü sergiler: • Yalnızca kumar oynamayı artırarak heyecan duyma • Kumar oynamayı azalttığı esnada huzursuz veya sinirli hissetme • Kumar oynamayı kontrol etmede tekrarlanan başarısızlıklar • kumar oynama ile ilgili düşüncelerden tükenme • Kumar oynama genellikle üzücü duygularla tetiklenir, önceki kayıpları telafi etmek için sık sık kumara oynamaya geri dönme • Kumar oynama miktarının üstünü örtmek için yalan söyleme • Kumar oynama önemli bir ilişkiyi, işi veya eğitimi riske atar Kumar borçlarını ödemek için başkalarından para isteme.
2. Birey, önemli ölçüde sıkıntı veya rahatsızlık yaşar.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.



David Sacks/Getty Images

**Kumarhanelerde artış** Bu kadın tatil yaparken bir kumar makinesinde oyun oynuyor -onun için zararsız bir eğlence ama herkes için değil. Bazı kuramcılar, kumar oynama bozukluğunun yaygınlığındaki son artışların, kumarhanelerin ve çevrim içi kumar sitelerinin artan kullanılabilirliği ile ilişkili olduğuna inanıyor.

model alınarak oluşturulan Adsız Kumarbazlar adlı kendine yardım grup programı, kumar oynama bozukluğu olan binlerce kişi tarafından kullanılabilir. Bu tür gruplara katılan kişiler daha iyi bir iyileşme oranına sahip gibi görünmektedir.

## İnternette Oyun Oynama Bozukluğu: Resmi Statü için Kabulü Bekleniyor

İnsanlar "gerçek dünyada" gerçekleşen etkinlikler için (iletişim kurmak, alışveriş yapmak, oyun oynamak ve bir topluluğa katılmak) giderek daha fazla internete yöneldikçe yeni bir psikolojik sorun ortaya çıkmıştır: kontrol edilemeyen bir çevrimiçi olma ihtiyacı ( Lindenberg vd., 2018; Young, 2017). Bu davranış, diğerlerinin yanı sıra internet kullanım bozukluğu ve internet bağımlılığı olarak adlandırılmaktadır.

Bu davranış örüntüsüne sahip insanlar -tüm insanların en az yüzde 1'i- için internet bir kara deliğe dönüşmektedir. Bu kişiler uyanık oldukları saatlerin tamamını veya çoğunu mesajlaşarak, tweet atarak, internette gezinerek, oyun oynayarak, e-posta göndererek, blog yazarak, sanal dünyaları ziyaret ederek, çevrim içi alışveriş yaparak veya çevrim içi pornografi izleyerek geçirirler (McNicol ve Thorsteinsson, 2017). Bu davranış örüntüsünün bazı belirtileri, madde kullanım bozuklukları ve kumar oynama bozukluğundakilerle paralel olup dışarıya olan ilginin kaybından internet kullanımının mümkün olmadığı durumlarda muhtemel yoksunluk belirtilerine kadar uzanmaktadır (APA, 2013).

Klinisyenler, medya ve halk bu soruna büyük ilgi gösterse de DSM-5'e bir bozukluk olarak dâhil edilmemiştir. Aksine DSM çalışma grubu internette oyun oynama bozukluğu adını verdiği, bu örüntünün bir versiyonunun gelecekteki baskılara dâhil edilme olasılığı için daha fazla bilimsel çalışma yapılmasını önermiştir (Paulus ve diğerleri, 2018; APA, 2013). Bu arada Dünya Sağlık Örgütü, Kuzey Amerika dışındaki çoğu ülkede kullanılan sınıflandırma sistemi olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) en yeni baskısına "oyun oynama bozukluğunu" resmî bir kategori olarak dâhil etmeye karar vermiştir (WHO, 2018).

### ...ÖZETLE...

**DİĞER BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI** DSM-5, kumar oynama bozukluğunu madde kullanım bozukluklarının yanında bir bağımlılık bozukluğu olarak gruplandırmaktadır. Kumar oynama bozukluğuna yönelik tedaviler, bilişsel-davranışçı yaklaşımları, opiyat antagonistlerini ve kendine yardım gruplarını içerir.

## Bilindik Bir Hikâyede Yeni Gelişmeler

Bazı açılardan maddelerin kötüye kullanım hikayesi geçmişte olduğu gibi bugün de aynıdır. Madde kullanımı hâlâ oldukça yaygın ve çoğu zaman psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Yeni maddeler ortaya çıkmaya devam etmekte ve halk, yeni maddelerin daha "güvenli" olduğuna safça inanmaya devam etmektedir. İnsanlar, bunların da tehlike oluşturduğunu ancak yavaş yavaş öğrenir. Maddeye bağlı bozukluklara yönelik tedaviler yalnızca sınırlı etkiye sahip olmaya devam etmektedir.

Yine de bu bilindik hikâyede bazı olumlu yeni gelişmeler vardır. Araştırmacılar, maddelerin beyin ve vücut üzerinde nasıl etki ettiğine dair daha net bir anlayış geliştirmeye başlamıştır. Tedavide, kendine yardım grupları ve rehabilitasyon programları gelişmektedir. İnsanları madde kullanımının tehlikelerinden haberdar etmek için önleyici eğitim de genişlemekte ve bir etkisi var gibi görünmektedir. Bu gelişmelerin bir nedeni, araştırmacıların ve klinisyenlerin tek başına çalışmayı bırakması ve bunun yerine kendi çalışmaları ile diğer yaklaşımların çalışmaları arasında kesişme noktaları aramalarıdır. Sosyal baskıların, kişilik özelliklerinin, ödüllerin ve genetik yatkınlıkların hepsinin madde kullanım bozukluklarında rol oynadığını ve aslında birlikte işlediğini fark etmişlerdir. Benzer şekilde çeşitli tedavi biçimleri, diğer modellerden yaklaşımlarla birleştirildiklerinde en iyi şekilde

### KLİNİK TERCİHLER

Artık madde kullanımı ve bağımlılık yapıcı bozukluklar hakkında bir şeyler okuduğunuza göre bu bölüm için etkileşimli vaka çalışmasını deneyebilirsiniz. Jorge'nin belirtilerini tespit edip edemeyeceğinizi görün ve belirtilerine göre bir tanı önerin. Jorge için en etkili tedavi türü nedir? ***Klinik Tercihler*** erişmek için LaunchPad'e gidin.

işe yarıyor gibi görünmektedir ve bu da entegre tedaviyi en verimli yaklaşım hâline getirmektedir.

Bağımlılık öyküsündeki bir başka yeni gelişme de klinik alanın artık resmî olarak insanların bağımlılık geliştirebilecekleri tek şeyin uyuşturucu maddeler olmadığını ilan etmiş olmasıdır. Kumar oynama bozukluğunu madde kullanım bozuklukları arasına ekleyerek ve gelecekte dâhil edilme olasılığı için internette oyun oynama bozukluğuna işaret ederek DSM-5 bu konuda daha geniş bir bakış açısına kapı aralarken belki de daha farklı tedavi yaklaşımlarına da fırsat tanımaktadır -bunlar ister maddelerden ister başka türde deneyimlerden (davranışsal bağımlılık gibi) kaynaklansın.

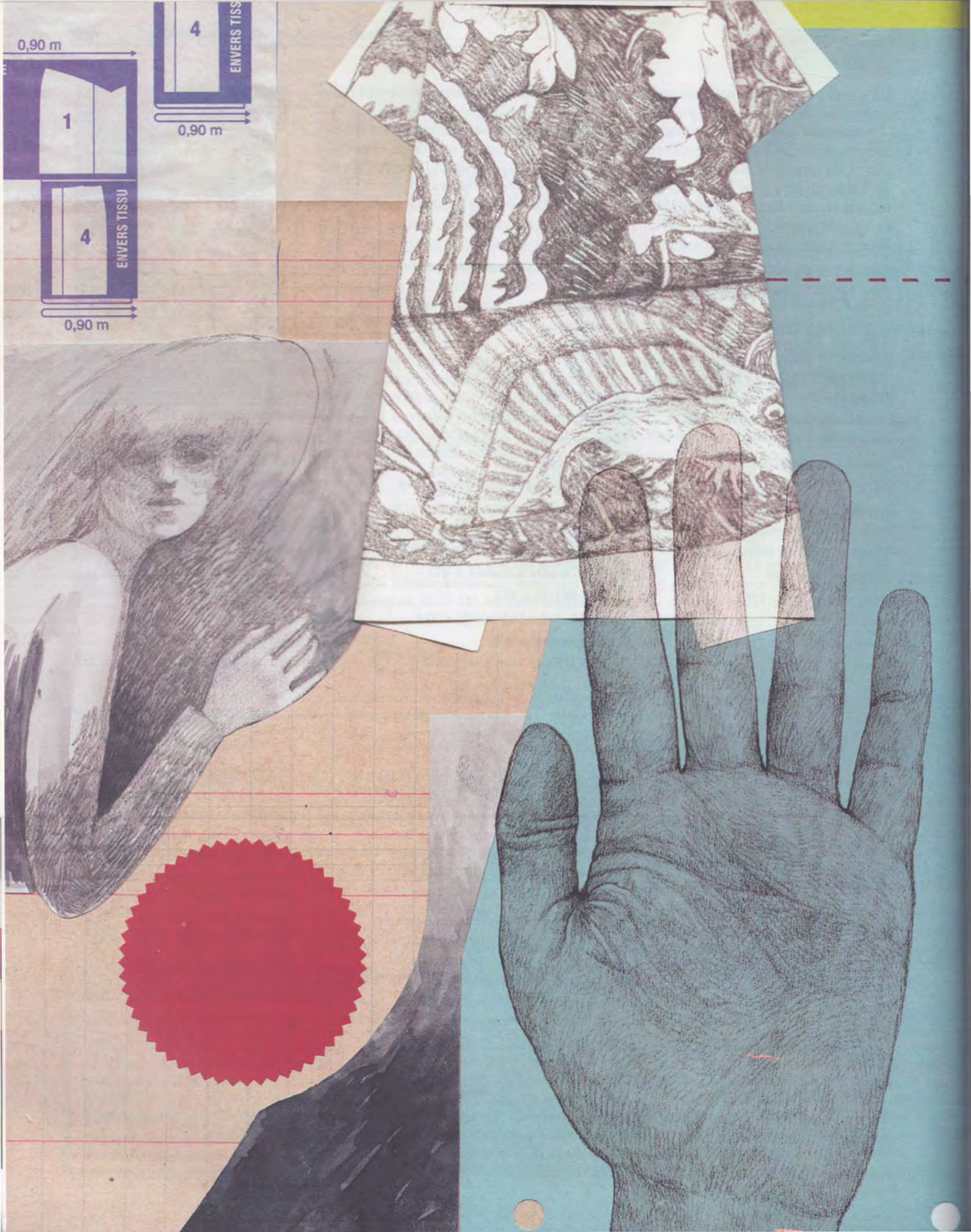
## Anahtar Terimler

madde zehirlenmesi, s. 294
halüsinoz, s. 294
madde kullanım bozukluğu, s. 294
tolerans, s. 294
yoksunluk, s. 294
alkol, s. 295
titreme hezeyanı (DTs), s. 298
siroz, s. 298
korsakoff sendromu, s. 299
fetal alkol sendromu, s. 299
yatıştırıcı hipnotik ilaçlar, s. 299
Barbituratlar, s. 299
Benzodiazepinler, s. 299
opiyat, s. 299
opium, s. 299
morfin, s. 300
eroin, s. 300
endorfinler, s. 300
kokain, s. 303
kokain çekmek, s. 304
taş, s. 304
amfetaminler, s. 306
metamfetamin, s. 306
halüsinojen, s. 308
LSD (liserjik asit dietilamid), s. 308
esrar, s. 309
marihuana, s. 309
tetrahidrokanabinol (THC), s. 309
çoklu madde kullanımı, s. 312
sinerjik etki, s. 312
madde bağımlılığı kişiliği, s. 314
ödül devresi, s. 316
ödül eksikliği sendromu, s. 317
itici uyaranla terapi, s. 319
izlerlik yönetimi, s. 320
nüks önleme eğitimi, s. 320
arındırma, s. 321
antagonist ilaç, s. 321
disulfiram (Antabuse), s. 321
opiyat antagonist ilaçlar, s. 322
nalokson, s. 322
metadon sürdürme programı, s. 322
buprenorfin, s. 322
kendine yardım programı, s. 322
adsız alkolikler (AA), s. 323
yatılı tedavi merkezi, s. 323 s. 323
toplum temelli önleme programı, s. 324
kumar oynama bozukluğu, s. 325
Adsız Kumarbazlar, s. 325
internette oyun oynama bozukluğu, s. 326

## Hızlı Kısa Sınav

1. Madde kullanım bozuklukları nelerdir? s. 294-295
2. Alkol beyin ve vücut üzerinde nasıl etki eder? Alkol kötüye kullanımı ile ilişkili sorunlar ve tehlikeler nelerdir? s. 295-299
3. Barbitüratların ve benzodiazepinlerin kötüye kullanımının özelliklerini ve sorunlarını açıklayın. s. 299
4. Farklı opiyatları (afyon, eroin, morfin) karşılaştırın. Kullanımlarında ne gibi sorunlar ortaya çıkabilir? s. 299-303
5. İki tür uyarıcı maddeyi listeleyin ve karşılaştırın. Biyolojik etkilerini ve her birinin neden olduğu sorunları tanımlayın. s. 303-307
6. Halüsinojenlerin, özellikle LSD'nin etkileri nelerdir? s. 307-309
7. Marihuana ve kenevirden yapılan diğer maddelerin etkileri nelerdir? Esrar neden yıllar öncesine göre bugün daha büyük bir tehlikedir? 309-311
8. Çoklu madde kullanımı hangi özel problemleri ortaya çıkarır? s. 312-313
9. Madde kullanım bozuklukları için başlıca açıklamaları ve tedavileri tanımlayın. Bu açıklamalar ve tedaviler araştırmalar tarafından ne kadar desteklenmektedir? s. 313-325
10. Kumar oynama bozukluğu neden DSM-5'te madde kullanım bozukluğunun yanında bir bağımlılık bozukluğu olarak kategorize edilmektedir? s. 325-326

*Başlatma Çubuğunu ziyaret edin*
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


0,90 m
1
4
ENVERS TISSU
0,90 m
4
ENVERS TISS
0,90 m

BÖLÜM

11

# Cinsel Bozukluklar ve Cinsiyet Farklılıkları

*57 yaşındaki Robert, cinsel birleşme sırasında sertleşme (ereksiyon) sağlamada güçlük çekmesi nedeniyle eşiyle birlikte cinsel terapiye geldi. Altı ay önce dışarıda çok alkol aldığı bir akşamın ardından eşi ile cinsel etkinliği başlatacakları o ana kadar hiç böyle bir sorun yaşamamıştı. Yaşadığı bu güçlüğü "biraz sarhoş" olmasına bağlamışlardı ancak sonraki birkaç gün Robert artık cinsel anlamda güçsüzleşmiş olabileceği konusunda endişelenmeye başlamıştı. Bir sonraki cinsel birleşme girişiminde kendini o ana tam anlamıyla veremiyordu çünkü sertleşme sağlayıp sağlayamayacağını görmek için sürekli kendini izliyordu. Aynı sorun bir kez daha tekrarlamıştı ve ikisi de çok üzgündü. Sertleşme sağlama konusunda yaşadığı bu güçlük birkaç ay boyunca devam etti. Robert'ın eşi çok üzgündü ve onun başka biri ile ilişkisi olduğunu ya da artık onu çekici bulmadığını düşünüyor ve onu suçluyordu. Robert, acaba yaşlandığı için mi yoksa yaklaşık bir yıldır aldığı hipertansiyon ilaçları nedeniyle mi sertleşme sağlamada güçlük çektiğini merak ediyordu. Cinsel terapi için başvurduklarında iki aydan fazla bir süredir herhangi bir cinsel eylemde bulunmamışlardı.*

Cinsel davranış hem kendimize özel düşüncelerimizin hem de toplumun odaklandığı temel bir konudur. Cinsel duygular, gelişimimizin ve günlük işleyişimizin önemli bir parçasıdır, cinsel etkinlik temel ihtiyaçlarımızın karşılanması ile ve cinsel performans da benlik saygımızla ilişkilidir. Çoğu insan, başkalarının anormal cinsel davranışlarından etkilenir ve kendi cinselliğinin normalliği konusunda endişelenir.

Uzmanlar, iki genel cinsel bozukluk kategorisi tanımlamaktadır: cinsel işlev bozuklukları ve parafili bozuklukları. *Cinsel işlev bozukluğu* olan kişiler, cinsel tepkileriyle ilgili sorunlar yaşarlar. Örneğin Robert, sertleşme bozukluğu olarak tanımlanan bir cinsel işlev bozukluğuna sahipti ve cinsel etkinlik sırasında sertleşme sağlamada veya sertleşmeyi sürdürmede tekrarlanan bir güçlük yaşıyordu. *Parafili (cinsel sapkınlık) bozuklukları* olan kişilerin ise toplum tarafından uygunsuz görülen, bazı nesnelere veya durumlara karşı tekrarlanan yoğun cinsel dürtüleri veya fantazileri vardır ve bununla bağlantılı olarak uygun olmayan davranışlar sergileyebilirler. Örneğin bir çocukla cinsel etkinlikte bulunmaya veya cinsel organlarını yabancılara göstermeye yönelik güçlü bir dürtü hissedebilirler ve bu dürtülerle hareket edebilirler.

Bu bölümde göreceğiniz gibi cinsellik söz konusu olduğunda ırksal özellikler ve diğer kültürel farklılıklar hakkında nispeten az şey bilinmektedir. Bu durum normal cinsel kalıplar, cinsel işlev bozuklukları ve benzer şekilde parafili bozuklukları için de geçerlidir. Farklı kültürel gruplar yıllardır hiperseksüel, "sıcak kanlı", egzotik, tutkulu, itaatkâr ve benzeri şekillerde etiketlenmektedir ancak bu tür yanlış streotipler, nesnel gözlemler veya araştırmalardan değil, katı bir biçimde cehalet veya önyargıdan kaynaklanmaktadır (McGoldrick ve diğ., 2017). Aslında cinsel terapi uzmanlarının ve bu alanda çalışmalar gerçekleştiren araştırmacıların cinsellikte kültürün ve ırksal özelliklerin önemi hakkındaki farkındalığı henüz yeni yeni oluşmaya başlamıştır.

Bu bölümde cinsel bozuklukları inceledikten sonra *cinsiyet farklılıkları* özellikle de *transeksüellik* konusu tartışılacaktır. Transeksüel bireyler, *cinsiyet kimliklerinin* (kişinin cinsiyetiyle ilgili kişisel deneyimi) doğumda atandıkları cinsiyetten farklı olduğu hissine sahiptir. DSM-5, bu tür bireyleri anormal olarak görmez. Bununla birlikte bireylerin transseksüel duygularının bir sonucu olarak önemli bir sıkıntı yaşadıkları veya işlevselliklerinde önemli bozulmalar görüldüğü bir örüntüyü ifade eden ve *cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama)* adı verilen bir tanı kategorisi içermektedir. İlerleyen kısımlarda da göreceğiniz gibi bu kategorinin DSM'ye dâhil edilmesi zaten tartışmalı bir konudur.

BÖLÜM AKIŞI


- Cinsel İşlev Bozuklukları
  - İstek Bozuklukları
  - Uyarılma Bozuklukları
  - Orgazm Bozuklukları
  - Cinsel Ağrı Bozuklukları
- Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi
  - Cinsel Terapinin Genel Özellikleri Nelerdir?
  - Belirli Türdeki Cinsel İşlev Bozukluklarını Tedavi Etmek için Hangi Teknikler Kullanılır?
  - Cinsel Terapide Güncel Yaklaşımlar Nelerdir?
- Parafili Bozuklukları
  - Fetişizm Bozukluğu
  - Travesti Bozukluğu
  - Göstermecilik Bozukluğu
  - Gözetlemecilik Bozukluğu
  - Sürtünmecilik Bozukluğu
  - Pedofili Bozukluğu
  - Cinsel Mazoşizm Bozukluğu
  - Cinsel Sadizm Bozukluğu
- Cinsiyet Farklılıkları
  - Transeksüellik
  - Cinsiyetinden Yakınma
- Kişiye Özel Konular Toplumun Dikkatini Çekiyor


Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

## #CinselSayım

Dünya Sağlık Örgütünün tahminlerine göre dünyada her gün yaklaşık 115 milyon cinsel birleşme deneyimi yaşanmaktadır.

Geleneksel olarak cinsel bozukluklar ve toplumsal cinsiyet sorunları genellikle aynı bölümde ele alınmaktadır ve biz de bu bölümde aynı yöntemi izleyeceğiz. Aynı zamanda cinsellik meselesinin toplumsal cinsiyet meselesinden farklı olduğu da açıktır. Cinsel işleyiş, kişinin cinsel alanda nasıl tepki verdiğini ve nasıl davrandığını ifade ederken cinsiyet kimliği kişinin kendini erkek olarak mı yoksa kadın olarak mı gördüğüyle ilgilidir.

# Cinsel İşlev Bozuklukları

İnsanların cinsel işlevin temel alanlarında normal şekilde tepkiler geliştirememeleri ile belirgin sorunlar olan **cinsel işlev bozuklukları**, cinsel birleşmeden zevk almayı zorlaştırır ya da imkânsız hâle getirir. Araştırmalar, dünya genelinde erkeklerin yüzde 30'unun ve kadınların yüzde 45'inin yaşamları boyunca bir cinsel işlev bozukluğu deneyimlediklerini göstermektedir (Cunningham ve Rosen, 2018). Cinsel işlev bozuklukları tipik olarak çok rahatsız edicidir ve genellikle cinsel işlevlere dair hayal kırıklığına, suçluluğa, benlik saygısının azalmasına ve kişilerarası sorunlara yol açar. Genellikle bu işlev bozuklukları birbiriyle ilişkilidir, cinsel işlev bozukluğu olan birçok hastada bu bozukluğa başka tür bir cinsel işlev bozukluğu da eşlik etmektedir. Bu bölümde değinilen cinsel işlev bozuklukları, terapiye başvuran çiftlerin büyük bir çoğunluğunu oluşturan heteroseksüel çiftler için tanımlanmış bozukluklardır. Bununla birlikte gey ve lezbiyen çiftlerde de aynı cinsel işlev bozuklukları görülmekte ve terapistler bu çiftlerin sorunlarının tedavisinde de aynı temel teknikleri kullanmaktadır.

**Cinsel davranış oranları tipik olarak nüfus araştırmalarına dayanmaktadır. Bu tür araştırmaların doğruluğunu hangi etkenler etkileyebilir?**

İnsan cinsel tepkisi dört evreden oluşan bir *döngü* olarak tanımlanabilir: istek, heyecan/uyarılma, orgazm ve çözülme (Shifren, 2018) (bkz. **Şekil 11-1** ve **Şekil 11-2**). Cinsel işlev bozuklukları, ilk üç evreden birinin ya da birkaçının işleyişini etkilemektedir. Son evre olan çözülme evresi ise temel olarak orgazmın ardından uyarılmanın gevşemesi ve azalmasını içerir. Bazı insanlar tüm yaşamları boyunca bir cinsel işlev bozukluğuyla mücadele eder, diğer durumlarda ise ağırlıklı olarak normal cinsel işleyiş hâkimdir. Bazı durumlarda işlev bozukluğu cinselliğin tüm alanlarında görülür, diğerlerinde ise belirli durumlara bağlı olarak ortaya çıkar (APA, 2013).

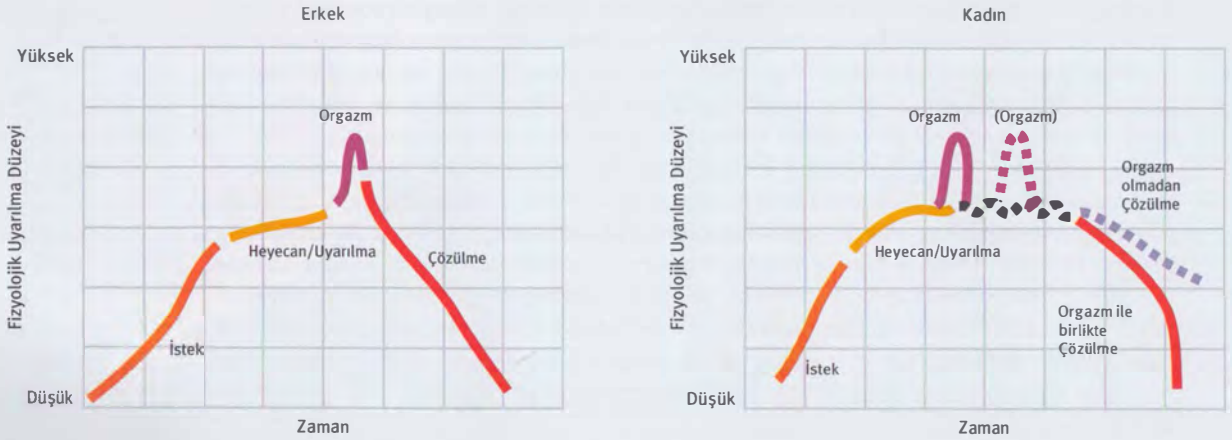
## İstek Bozuklukları

Cinsel tepki döngüsünün **istek evresi** şunları içermektedir: cinsel etkinliğe karşı ilgi veya dürtü, diğerlerine karşı cinsel çekim ve birçok insana yönelik cinsel fantaziler. *Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu* ve *kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu* olmak üzere iki cinsel işlev bozukluğu istek evresinin işleyişini etkiler. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu aslında cinsel tepki döngüsünün hem istek hem de heyecan/uyarılma evrelerindeki işleyişi olumsuz etkiler. Bununla birlikte bu bozukluk, DSM-5'te tek bir bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır çünkü araştırmalara göre istek ve uyarılma

ŞEKİL 11-1

### Normal Cinsel Tepki Döngüsü

Araştırmacılar hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel tepki döngüsü evrelerinin benzer biçimde işlediğini keşfetmiştir. Ancak bazen kadınlar orgazm yaşamaz, bu durumda doğrudan çözülme evresine geçiş söz konusudur. Bazen de kadınlar, çözülme evresinden önce arka arkaya iki veya daha fazla kez orgazm yaşarlar (Bilginin alındığı kaynak: Kaplan, 1974; Masters ve Johnson, 1970, 1966).



evreleri özellikle kadınlarda oldukça iç içe geçiş evrelerdir ve birçok kadın istek duygularını uyarılma duygularından ayırt etmekte güçlük çeker (APA, 2013).

Bazı insanlar normal bir cinsel ilgiye sahip olmalarına rağmen cinsel etkinliklerden kaçınırlar ve bu kaçınma cinsel istekteki bir sorundan ziyade onların bunu bir yaşam tarzı olarak seçmiş olmalarından kaynaklanır (bkz. ***Bilgi Merkezi***, s. 333). Bu tür kişiler herhangi bir cinsel istek bozukluğu tanısı almaz.

**Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu** olan kişiler, cinsel etkinliklere yineleyici olarak ilgi duymazlar veya daha az ilgi gösterirler ve nadiren bir cinsel etkinlikte bulunurlar (bkz. **Tablo 11-1**). Bununla birlikte, cinsel bir etkinlik gerçekleştirdiklerinde fiziksel tepkileri normal olabilir ve bu deneyimden zevk alabilirler. Çoğu kültürde erkeklerin her zaman cinsel bir etkinlikte bulunmaya istek duyduğu düşünülse de, dünya genelinde tüm erkeklerin yüzde 18'inde cinsel istek bozukluğu görülmekte ve son on yıldır bu sorun için terapiye başvuranların sayısı artmaktadır (Cunningham ve Rosen, 2018; Martin ve diğ., 2014).

**Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu** olan kadınlar da cinsel etkinliklere karşı normal bir ilgiden yoksundur ve nadiren bir cinsel etkinlikte bulunur (tekrar bkz. Tablo 11-1). Ayrıca bu tür bir bozukluğa sahip birçok kadın cinsel etkinlik sırasında çok az heyecan hisseder, hiçbir cinsel simgeden etkilenmez ve cinsel etkinlik sırasında cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında çok az bir duyum hisseder (APA, 2013). Dünya genelinde kadınların yüzde 39'unda azalmış cinsel ilgi ve uyarılma görülmektedir (Shifren, 2018; Lewis ve diğ., 2010). Bu bireylerin yaklaşık yarısı, uyarılma düzeyine bağlı olarak önemli düzeyde bir sıkıntı yaşadıkları için kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tanısı alır. Cinsellik alanında çalışmalar yapan pek çok araştırmacı, kadınlarda istek ve uyarılma belirtilerini tek bir bozuklukta birleştirmenin uygun olmayan bir yaklaşım olduğunu düşünmektedir.

Bir kişinin cinsel dürtüsü biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi ile şekillenir ve bu etkenlerin herhangi biri cinsel istekte azalmaya yol açabilir (Roslan ve diğ., 2017). Cinsel isteği düşük olan vakaların çoğunda bu durumun üzerinde en çok sosyokültürel ve psikolojik etkenlerin rolü olmakla birlikte, biyolojik etkenler de cinsel dürtüleri önemli ölçüde azaltabilmektedir.

**Düşük Cinsel İsteğin Biyolojik Nedenleri** Bir dizi hormon, cinsel isteğin ve davranışın ortaya çıkmasına yardımcı olmak için etkileşime girer ve bu hormonların işlevlerindeki anormallikler, bir kişinin cinsel dürtüsünün azalmasına yol açabilir (Cunningham ve Rosen, 2018; Shifren, 2018). Hem erkeklerde hem de kadınlarda yüksek düzeyde *prolaktin* hormonu, düşük düzeyde erkek seks hormonu *testosteron* ve yüksek veya düşük düzeyde kadın seks hormonu *östrojen*, cinsel dürtüde azalmaya neden olabilir. Örneğin düşük cinsel dürtü, bazı doğum kontrol haplarında bulunan yüksek östrojen miktarı ile ilişkilendirilmektedir. Bunun yanında menopoz sonrası dönemdeki veya yakın zamanda doğum yapmış birçok kadında düşük cinsel dürtünün düşük östrojen seviyesi ile de ilişkilendirildiği görülmektedir.

Ayrıca klinik uygulama ve araştırmalar cinsel dürtülerin bazı ağrı kesiciler, psikotrop ilaçlar ve kokain ve eroin gibi yasa dışı uyuşturucu maddeler nedeni ile de azalabileceğini göstermiştir (Hirsch ve Birnbaum, 2018, 2017). Düşük miktarda alkol

**cinsel işlev bozukluğu** Cinsel tepki döngüsünün bazı evrelerinde normal işleyişte meydana gelen bozulmalarla kendini gösteren bir bozukluk.

**istek evresi** Cinsel tepki döngüsünün cinsel etkinlikte bulunma dürtüsü, cinsel fanteziler ve başkalarına karşı hissedilen cinsel çekimi içeren evresi.

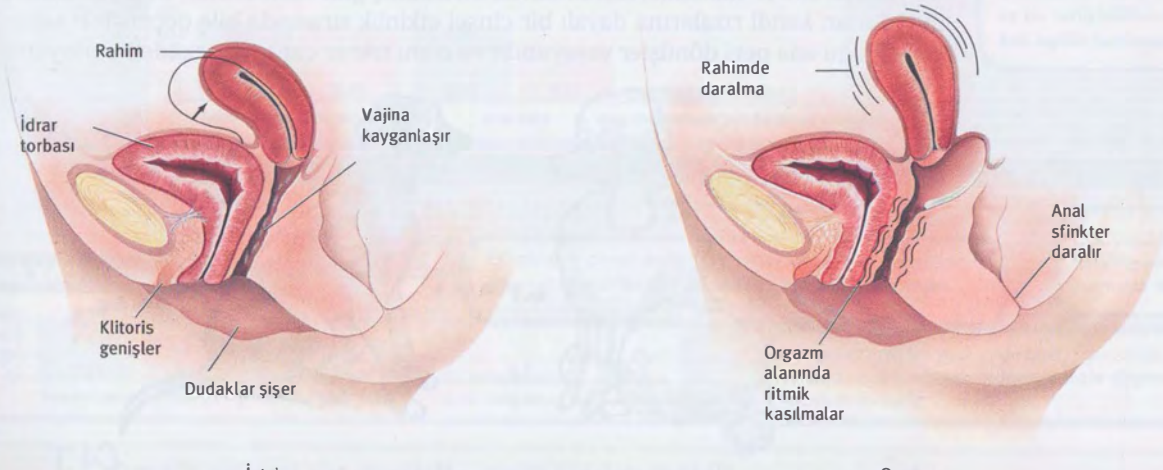
**erkekte düşük cinsel istek bozukluğu** Cinsel etkinliklere yineleyici olarak ilgi duymama veya daha az ilgi gösterme ve dolayısıyla nadiren bir cinsel etkinlikte bulunma ile kendini gösteren erkek cinsel işlev bozukluğu.

**kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu** Cinsel etkinliklere karşı yineleyici olarak ilgi duymama veya daha az ilgi gösterme ve dolayısıyla nadiren bir cinsel etkinlikte bulunma ve ayrıca bazı durumlarda, cinsel etkinlik sırasında çok az heyecan hissetme ve cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında çok az bir duyum olması ile kendini gösteren kadın cinsel işlev bozukluğu.

ŞEKİL 11-2

## Normal Kadın Cinsel Anatomisi

Kadın anatomisindeki değişiklikler, cinsel tepki döngüsünün farklı aşamalarında gerçekleşir (Bilginin alındığı kaynak: Hyde, 1990, s. 200).



**TABLO: 11-1**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

**Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu**

1. En az 6 ay boyunca kişinin cinsel içerikli düşüncelerinin ya da düşlemlerinin ve cinsel etkinlik için isteğinin, yineleyici olarak az olması ya da olmaması.
2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

**Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu**

1. En az 6 ay boyunca, aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren, kişide cinsel ilgi ve uyarılmanın olmaması ya da belirgin olarak az olması:

   * Cinsel ilgi * Cinsel içerikli düşünce ya da düşlem *Cinsel etkinliği başlatma ya da partnerin başlatma girişimlerine karşılık verme * Cinsel etkinlik sırasında uyarılma ya da zevk alma *Cinsel simgelere karşı ilgi/uyarılma *Cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum hissetme.

2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

bir kişinin baskıladığı cinsel dürtülerin ortaya çıkmasında etkili olabilmekte, yüksek miktarda alkol ise bu dürtüleri azaltabilmektedir (Cunningham ve Khera, 2018).

Uzun süreli bir fiziksel hastalık da bir kişinin cinsel dürtüsünde azalmaya yol açabilir (Cunningham ve Rosen, 2018). Azalan cinsel dürtü, doğrudan fiziksel hastalığın getirdiği stres, ağrı veya depresyonun bir sonucu olabilir.

**Düşük Cinsel İsteğin Psikolojik Nedenleri** Kaygı, depresyon veya öfke düzeyindeki genel bir artış hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel isteği azaltabilir (Nimbi ve diğ., 2018; Shifren, 2018). Bilişsel-davranışçı kuramcıların da sıklıkla belirttiği gibi, düşük cinsel isteğe sahip kişiler, cinsel etkinliklerin ahlak dışı veya tehlikeli olduğu inancı gibi cinsel işlev bozukluklarının gelişimine katkıda bulunan belirli tutumlara, korkulara veya geçmiş deneyimlere sahiptir (Nimbi ve diğ., 2018). Bazı insanlar, cinsel dürtüleri üzerindeki kontrollerini kaybetmekten o kadar korkarlar ki onlara tümüyle direnmeye çalışırlar. Hatta bazıları da hamile kalmaktan korkar.

Bazı psikolojik bozukluklar da düşük cinsel isteğin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Hafif düzeyde bir depresyon bile cinsel isteği olumsuz yönde etkileyebilmekte ve obsesif kompulsif belirtileri olan bazı insanlar, başka bir kişinin vücut sıvıları ve kokuları ile temas etmeyi son derece rahatsız edici bulabilmektedir (Cunningham ve Rosen, 2018; Rubio-Aurioles ve Bivalacqua, 2013).

**Düşük Cinsel İsteğin Sosyokültürel Nedenleri** Düşük cinsel isteğe katkıda bulunan tutumlar, korkular ve psikolojik bozukluklar sosyal bir bağlamda ortaya çıktığı için bazı sosyokültürel etkenler de cinsel istek bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Cinsel isteği düşük olan pek çok kişi, boşanma, bir aile üyesinin ölümü, iş stresi, kısırlık sorunu, bebek sahibi olma gibi bazı durumlarda baskı altında hissetmektedir (Shifren, 2018; Hamilton ve Meston, 2013). Bazı insanlar da ilişkilerindeki sorunlar nedeni ile sıkıntı yaşıyor olabilir. Mutsuz bir ilişki içinde olan, partnerine olan sevgisini yitirmiş veya kendini güçsüz hisseden ve partneri tarafından yönetilen kişiler, cinsel etkinliklere karşı ilgisini kaybedebilir. Temelde mutlu ilişkilerde bile bir partner çok deneyimsiz ve ilgisiz ise, diğer partner cinsel etkinliklere olan ilgisini kaybetmeye başlayabilir (Cunningham ve Rosen, 2018; Jiann, Su ve Tsai, 2013) ve bazen partnerler birbirlerine karşı hissettikleri yakınlık konusunda da farklılık gösterir. Daha fazla kişisel alana ihtiyaç duyan kişilerde düşük cinsel istek, mesafeyi korumanın bir yolu olarak ortaya çıkabilir.

Kültürel standartlar da düşük cinsel isteğin oluşmasına zemin hazırlayabilir. Bazı erkekler kültürümüzün çifte standardını benimser ve bu doğrultuda sevdikleri ve saygı duydukları bir kadına karşı cinsel istek duymayı doğru bulmazlar (Nimbi ve diğ., 2018; Antfolk, 2017). Daha genel olarak toplumumuzda cinsel çekicilik gençlikle ilişkilendirildiği için orta yaş grubundaki ve daha yaşlı birçok erkek ve kadın, benlik imajlarında ya da partnerlerine karşı hissettikleri cinsel çekimde yaşla birlikte bir azalma meydana geldiği için cinsel etkinliklere karşı ilgilerini kaybederler.

Cinsel taciz veya saldırı travmasının özellikle cinsel istek bozukluklarında görülen korkuları, tutumları ve geçmiş deneyimlere ait anıları tetiklemesi muhtemeldir (Shifren, 2018; Giraldi ve diğ., 2013). Bazı cinsel istismar mağdurları, bazen yıllarca hatta on yıllarca cinsel etkinliklerden mahrum bırakılmış gibi hissedebilir. Bazı durumlarda mağdurlar, kendi rızalarına dayalı bir cinsel etkinlik sırasında bile geçmişteki saldırının olduğu ana geri dönüşler yaşayabilir ve o anı tekrar canlı bir şekilde hatırlayabilir.

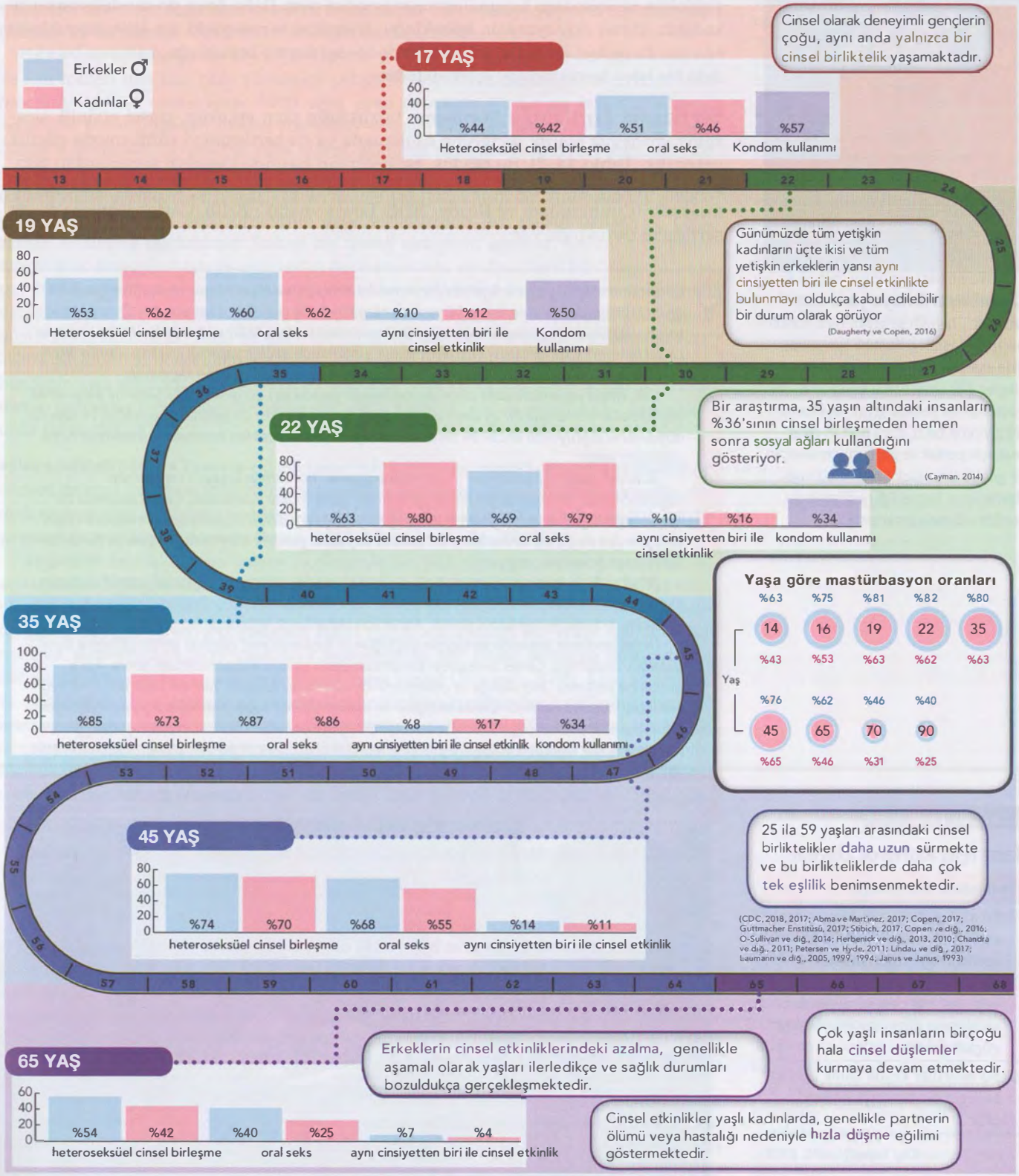


*"Bu sen değilsin canım - Haklısın, ben kısırlaştırıldım."* CAJ

Carolita Johnson/The New Yorker Collection/ www.cartoonbank.com

# YAŞAM DÖNGÜSÜ BOYUNCA CİNSELLİK

Cinsel işlev bozuklukları, normal cinsel işlev örüntüsünden farklıdır. Peki cinsel alanda, "normal olan" nedir? Son yirmi yılda yapılan araştırmalar, Kuzey Amerika'nın "normal" popülasyonundaki cinsel davranış kalıpları hakkında çok sayıda aydınlatıcı bilgi sağlamıştır. Tahmin edebileceğiniz gibi, cinsel davranış genellikle yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir.





Adrian Lourie/Evening Standard/Redux

**Cinsel uyarılmaya yardımcı olmak** *Tavuskuşu* giyim tarzı, cinsel partneri baştan çıkarmak için genellikle eşarplar, boyalı saçlar ve piercingler gibi aksesuarlar kullanarak çok gösterişli bir şekilde giyinmeyi içerir. Bu giyinme tarzı, eşini baştan çıkarmak için parlak ve güzel tüylerini açan ve genişleten erkek tavus kuşlarının davranışına benzerliği nedeniyle bu şekilde adlandırılmaktadır.

# Uyarılma Bozuklukları

Cinsel tepki döngüsünün **uyarılma evresinde** pelvik bölgede bazı değişiklikler, genel fiziksel uyarılma ve kalp atış hızı, kas gerginliği, kan basıncı ve solunum hızında artışlar meydana gelir. Bu evre erkeklerde pelviste kan havuzlarının oluşmasına ve penisin sertleşmesine yol açar, kadınlarda ise klitoris ve vajina dudaklarında şişkinliğe ve vajinanın kayganlaşmasına neden olur. Daha önce de okuduğunuz gibi kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, uyarılma evresindeki bir işlev bozukluğu sonucu da gelişebilmektedir. Erkeklerde ise sertleşme bozukluğu, yalnızca bu evredeki bir işlev bozukluğunu içermektedir.

## Sertleşme Bozukluğu

**Sertleşme bozukluğu** olan erkekler, cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak sertleşme sağlamada ya da sertleşmeyi sürdürmede güçlük çeker (bk. **Tablo 11-2**). Bu güçlük, bu bölümün başında yaşadığı sorunlardan bahsedilen Robert da dâhil olmak üzere erkek nüfusunun yüzde 15 ila 25'inde görülmektedir (Cunningham ve Rosen, 2018; Lewis ve diğ., 2010). Carlos Domera'da da sertleşme bozukluğu var:

*Carlos Domera, 22 yaşında Arjantin'den Amerika Birleşik Devletleri'ne göç etmiş, 30 yaşında bir giyim fabrikası sahibi. Kendisi de 30 yaşında olan Phyllis ile evli. Çocukları yok. Bay Domera'nın sorunu, sertleşme sağlayamaması veya sürdürememesi nedeniyle bir yıldan fazla bir süredir eşiyle cinsel birleşme yaşayamamasıydı. Sertleşmeyi sürdürmede güçlük yaşadığı için kısa sürmüş iki cinsel birleşme girişimi dışında, son beş aydır eşiyle her türlü cinsel temastan kaçınmıştı.*

*Çift, cinsel yaşamlarındaki sorunları nedeniyle yaşadıkları gerginlik ve birbirlerine karşı rahat olamamaları nedeniyle bir ay önce anlaşarak ayrılmışlardı. İkisi de partnerini sevdiğini ve ona ilgi duyduğunu söylüyordu ancak bu sorunu çözmeyi başarabilecekleri konusunda ikisinin de ciddi şüpheleri vardı ...*

*[Carlos] "Latin maço sevgili" steorotipine uyarak "her zaman kolayca sertleşmeyi sağlayabilmesi ve cinsel birleşme yaşayabilmesi" gerektiğine inanıyordu. Cinsel anlamda bir "performans" gösteremediği için kendini aşağılanmış ve yetersiz hissediyordu ve sadece cinsel birleşmeden değil, eşi ile herhangi bir şekilde duygusal yakınlık kurmaktan kaçınarak bu sorunun üstesinden gelmeye çalışıyordu.*

*[Phyllis] "Yeterince çabalamıyor; belki de beni sevmiyor ve ben seks, duygusal yakınlık olmadan sadece onun bu kötü psikolojisi ile yaşayamam." diye düşünüyordu. Geçici olarak ayrılmayı istemişti ve Carlos da bunu hemen kabul etmişti. Ancak son zamanlarda haftada iki kez görüşüyorlardı ...*

*Değerlendirme sırasında sertleşme güçlüğünün başlangıcının, işindeki gergin döneme denk geldiğini bildirmişti. Cinsel birleşmeyi tamamlamadaki sayısız "başarısızlıktan" sonra "koca olarak işe yaramaz" biri olduğu ve dolayısıyla kendisinin bu konuda "tam bir başarısızlık" örneği olduğu sonucuna varmıştı. Cinsel birleşme ile ilgili endişeleri başa çıkamayacağı kadar fazlaydı.*

*Zaman zaman tek başına tam bir sertleşme sağlayana kadar mastürbasyon yapabildiğini ve tatmin edici bir orgazma ulaşabildiğini çekinerek itiraf etti. Ancak bu ona utanç ve suçluluk hissettiriyordu... Böyle yaparak karısını "aldattığını" hissediyordu.*

*(Spitzer ve diğ., 1983, ss. 105-106)*

**TABLO: 11-2**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Sertleşme Bozukluğu**

1. En az 6 ay boyunca birey cinsel etkinlik sırasında genellikle sertleşmeyi sağlamakta, sertleşmeyi sürdürmekte ve/veya geçmiş deneyimlerindeki sertleşme düzeyine ulaşmakta güçlük çeker.
2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

Carlos'tan farklı olarak sertleşme bozukluğu olan çoğu erkek 50 yaşın üzerindedir çünkü bu sorun büyük ölçüde erkeklerde ileri yaşta görülen rahatsızlıklar veya hastalıklar ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (Agronin, 2017). Yirmili yaşlarındaki erkeklerin yaklaşık yüzde 7'sinde de bu bozukluk görülmektedir. Bu oran, altmışlı yaşlarındaki ve yetmişli yaşların başındaki erkeklerde yüzde 40'a ve yetmişli yaşların sonlarında ve daha ileri yaşta olan erkeklerde yüzde 70'e kadar yükselmektedir (Cunningham ve Rosen, 2018; Lewis ve diğ., 2010). Dahası, araştırmalara göre tüm yetişkin erkeklerin yarısı hayatlarının bir döneminde cinsel birleşme sırasında en az bir kez sertleşme sorunu yaşamaktadır. Çoğu vakada sertleşme bozukluğu; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşiminden kaynaklanmaktadır.

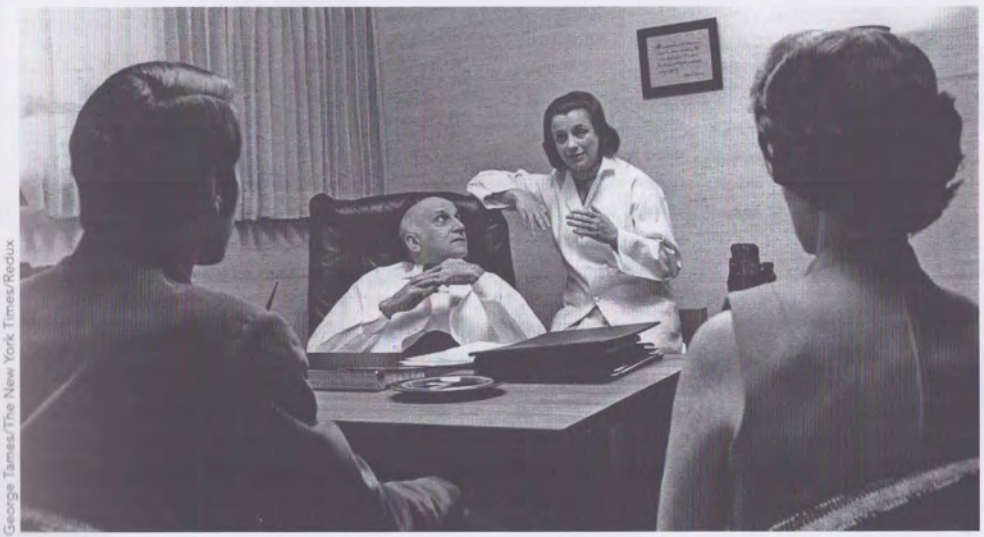
**BİYOLOJİK NEDENLER** Erkekte düşük cinsel istek bozukluğuna neden olabilen aynı tür hormonal dengesizlikler sertleşme bozukluğuna da neden olabilmektedir (Cunningham ve Rosen, 2018; Hyde, 2005). Ancak sertleşme bozukluğunda genellikle vasküler problemler -vücudun kan damarlarıyla ilgili problemler- rol oynamaktadır. Penis içindeki boşluklar kanla dolduğunda sertleşme meydana gelir, bu nedenle

penise kan akışını azaltan bir kalp hastalığı veya arterlerin tıkanması gibi herhangi bir durum sertleşme bozukluğuna yol açabilmektedir (Hackett ve diğ., 2018). Diyabet, omurilik yaralanmaları, multipl skleroz, böbrek yetmezliği veya diyaliz tedavisi sonucu sinir sisteminin aldığı hasar da sertleşme bozukluğuna neden olabilmektedir (Gigante ve diğ., 2018; Goldstein ve diğ., 2018). Ayrıca erkekte düşük cinsel istek bozukluğunda da olduğu gibi alkol kullanımından sigara içmeye kadar belirli maddelerin kötüye kullanımı ve belirli türde ilaçlar sertleşmeyi güçleştirebilmektedir (Hirsch ve Birnbaum, 2018, 2017; Mazzilli ve diğ., 2018).

Sertleşme bozukluğunun biyolojik nedenlerini belirlemek amacıyla ultrason kayıtları ve kan testleri gibi bazı tıbbi yöntemler geliştirilmiştir. *Gece oluşan penis sertleşmesini (nocturnal penile tumescence; NPT)* veya uyku sırasında oluşan sertleşmeyi ölçmek, sertleşme bozukluğundan fiziksel etkenlerin sorumlu olup olmadığını değerlendirmede özellikle önemlidir. Erkeklerde tipik olarak uykunun rüya görülen evresi olan *hızlı göz hareketi (REM) uykusu* sırasında sertleşme gerçekleşir. Sağlıklı bir erkek her gece iki ya da beş REM periyodu ve birkaç kez sertleşme yaşayabilmektedir. Anormal bir şekilde gerçekleşen veya hiç gerçekleşmeyen gece sertleşmeleri her zaman olmasa da çoğu zaman sertleşme güçlüğünün fiziksel bir temeli olduğunu gösterir. Sorunun nedenini araştırmak amacıyla hastaya uyumadan önce penisinin etrafına basit bir "sürgülü mastar" bandı takmasını ve ardından ertesi sabah kontrol etmesini içeren bir tarama cihazı verilebilmektedir. Kırılmış bir bant, gece boyunca sertleşmenin gerçekleşmiş olduğunu gösterir. Kırılmamış bir bant ise gece sertleşmenin gerçekleşmediğine ve hastanın sertleşme güçlüğünün genel anlamda fiziksel bir temeli olabileceğine işaret eder. Bu cihazın bandının aynı zamanda bir bilgisayara bağlandığı yeni versiyonu, gece boyunca sertleşmenin gerçekleşip gerçekleşmediğine dair daha kesin bir ölçüm alma imkânı sağlamaktadır (Li ve diğ., 2017).

**PSİKOLOJİK NEDENLER** Erkekte düşük cinsel istek bozukluğunun herhangi bir psikolojik nedeni de uyarılmayı engelleyebilir ve sertleşme bozukluğuna yol açabilir. Örneğin şiddetli depresyonu olan tüm erkeklerin yüzde 90'ı bir dereceye kadar sertleşme bozukluğu yaşamaktadır (Cunningham ve Rosen, 2018; Montejo ve diğ., 2011).

Sertleşme bozukluğunun psikolojik nedenlerine ilişkin yaygın olarak kabul görmüş açıklamalar, William Masters ve Virginia Johnson (1970) tarafından geliştirilmiş olan bilişsel-davranışçı kuramın açıklamalarından temel almaktadır. Bu açıklamalarda **performans kaygısı ve seyirci rolünün** etkisi vurgulanmaktadır. Bir erkek herhangi bir nedenle sertleşme güçlüğü yaşamaya başladığında her cinsel birleşme sırasında bu sorunu yaşamaktan korkmaya ve endişelenmeye başlar (Johnson, 2018). Kişi rahatlamak ve cinsel hazzın tadını çıkarmak yerine cinsel etkinliğin kendisinden uzaklaşarak kendini izlemeye ve sertleşme sağlama hedefine ulaşmaya odaklanır. Cinsel olarak uyarılmış olmak yerine yargılayıcı ve seyirci olur. Sertleşme bozukluğunun ortaya çıkmasında rolü olan ilk neden her ne olursa olsun, cinsel etkinlik sırasında kişinin büründüğü bu seyirci rolü, sorunun sürdürülmesinde en çok etkisi olan nedene dönüşmektedir. Böylelikle



George Tames/The New York Times/Redux

**Cinselliğin öncüleri** William Masters ve Virginia Johnson ofislerinde bir çiftle görüşüyor. İnsanın cinsel tepkisi ve cinsel işlev bozukluklarının tedavisine yönelik çalışmaları ile alanın en önemli temsilcileri haline gelmiş olan bu iki araştırmacı, 1967'den 1990'lara kadar gerçekleştirdikleri çalışmaları içeren ve bu alanda klasikleşmiş iki kitap yazmıştır: *İnsanın Cinsel Tepkisi* ve *İnsanın Cinsel Yetersizliği*.

**uyarılma evresi** Cinsel tepki döngüsünün pelvik bölgedeki değişiklikler, genel fiziksel uyarılma ve kalp atış hızı, kas gerginliği, kan basıncı ve nefes alma hızındaki artışları içeren evresi.

**sertleşme bozukluğu** Erkeğin cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak sertleşmeyi sağlamada veya sürdürmede güçlük çekmesini içeren bir cinsel işlev bozukluğu.

**performans kaygısı** Cinsel etkinlik sırasında yetersiz bir performans gösterme korkusu ve buna bağlı yaşanan gerginlik.

**seyirci rolü** Bazı insanların cinsel birleşme sırasında deneyimledikleri, genel olarak performanslarını ve alacakları zevki azaltıcı etkide bulunacak kadar yoğun bir şekilde cinsel performanslarına odaklanmalarını içeren zihinsel bir durum.

**orgazm evresi** Cinsel tepki döngüsünün, pelvik bölgedeki kaslar ritmik olarak kasıldıkça kişinin cinsel hazzının zirve yaptığı ve cinsel gerilimin serbest bırakıldığı evresi.

**prematür ejakülasyon** Bir erkeğin partneriyle cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak vajinaya girdikten sonra 1 dakika içinde ve kendi isteğinden önce orgazma ulaşmasını ve boşalmasını içeren cinsel işlev bozukluğu. *Erken* veya *hızlı boşalma* olarak da adlandırılır.

**geç boşalma** Partnerle cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak boşalma olmaması veya boşalmada belirgin bir gecikme olması ile kendini gösteren bir erkek cinsel işlev bozukluğu.

bu kısır döngüde sertleşme güçlüğünün asıl nedeni başarısızlık korkusundan daha az önemli hâle gelmektedir.

**SOSYOKÜLTÜREL NEDENLER** Erkekte düşük cinsel istek bozukluğuna katkıda bulunan sosyokültürel etkenlerin her biri sertleşme bozukluğunda da etkili olmaktadır. Örneğin işini kaybetmiş ve ekonomik güçlükler nedeni ile stres altında olan erkeklerin diğer erkeklere göre sertleşme güçlüğü yaşama olasılığı daha yüksektir (Nobre, 2017). Evlilik stresi de sertleşme bozukluğunun gelişimine katkıda bulunan sosyokültürel etkenler arasında yer almaktadır (Cunningham ve Rosen, 2018; LoPiccole, 2004, 1991).

## Orgazm Bozuklukları

Cinsel tepki döngüsünün **orgazm evresinde** bir kişinin cinsel hazzı doruğa ulaşır ve pelvik bölgedeki kaslar ritmik olarak kasılıp gevşedikçe cinsel gerilim azalır (bk. **Şekil 11-3**). Bu sırada erkeğin menisi boşalır ve kadının vajina duvarının dışının üçte birlik bölümü büzüşür. Cinsel tepki döngüsünün bu evresindeki işlev bozuklukları, erkeklerde *erken boşalma* (prematür ejakülasyon) ve *geç boşalma*, kadınlarda ise *kadında orgazm bozukluğu* olarak adlandırılmaktadır.

**Erken boşalma** Eduardo'nun deneyimi, prematür ejakülasyon sorunu olan birçok erkeğin yaşadığı tipik bir durumu yansıtmaktadır:

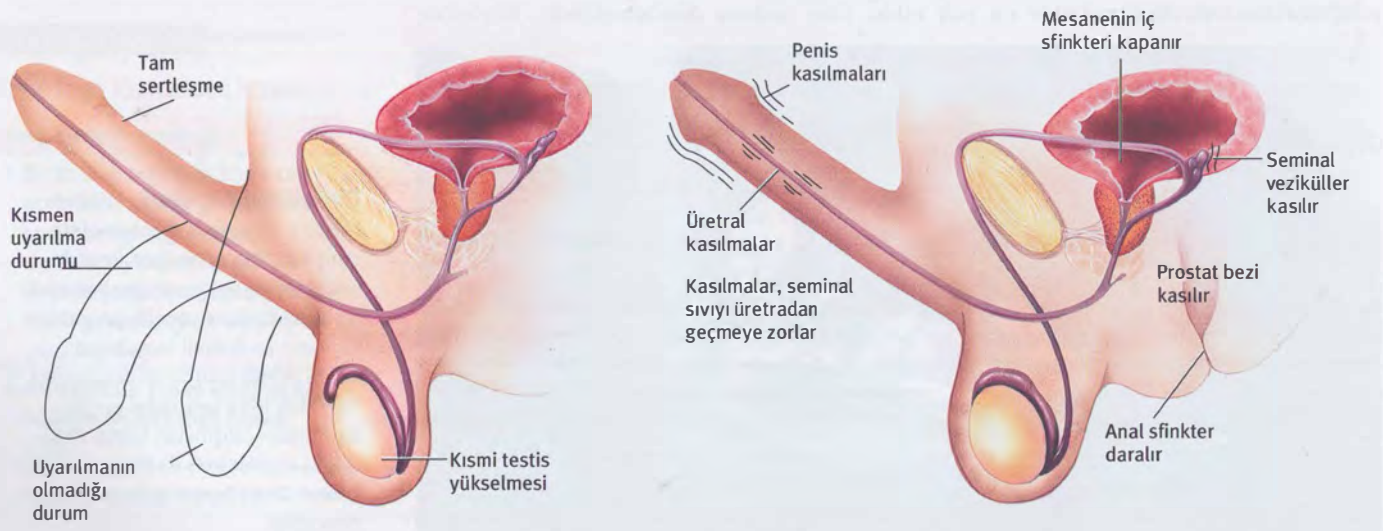
> *20 yaşında bir öğrenci olan Eduardo, cinsel birleşme sırasında erken boşalması cinsel olarak onu hayal kırıklığına uğrattığı için kız arkadaşının ilişkilerini bitirmesinin ardından tedavi için başvurmuştu. Eduardo, lisedeki son yılında sadece bir kez cinsel birliktelik yaşamıştı. İki arkadaşıyla para karşılığında bir kadınla birlikte olmak için komşu kasabaya gitmişlerdi. Kadını aldıktan sonra ıssız bir yere giderek her biri diğerleri arabanın dışında beklerken sırayla kadınla birlikte olmuştu. Oradayken kadın ve arkadaşları polis tarafından yakalanmaktan korktukları ve ayrıca kış mevsimi olması nedeniyle hava soğuk olduğu için ona sürekli acele etmesini söylemişlerdi. Eduardo kız arkadaşıyla cinsel birliktelikleri başladığında cinsel geçmişinin tamamı ön sevişme aşamasının olmadığı bu hızlı cinsel birleşme deneyiminden ibaretti. Kız arkadaşının göğüslerine ve cinsel organlarına dokunması ve kız arkadaşının da onun penisine dokunması onu o kadar çok uyarıyordu ki bazen penisi tamamen vajinaya girmeden önce veya vajinaya girdikten en fazla bir dakika sonra boşalıyordu.*

**Erken boşalma** sorunu yaşayan bir erkek, yineleyici olarak partneriyle cinsel etkinliğe başladıktan 1 dakika sonra ve kendi isteğinden önce orgazm olur ve boşalır (bk. **Tablo 11-3**). Dünya genelindeki erkeklerin yaklaşık yüzde 30'u yaşamlarının bir

ŞEKİL 11-3

### Normal Erkek Cinsel Anatomisi

Erkek anatomisindeki değişimler, cinsel tepki döngüsünün farklı evrelerinde meydana gelir (Bilgi kaynağı: Hyde, 1990, s. 199).



döneminde bu sorunu yaşamaktadır (Cunningham ve Rosen, 2018; Lewis ve diğ., 2010). Genel toplumda tipik cinsel birleşme süresinin son on yılda artması, erken boşalma sorunu olan erkekler arasında daha fazla sıkıntıya neden olmuştur. Pek çok genç erkekte bu sorun daha sıklıkla görülse de araştırmalar her yaştan erkekte böyle bir sorunun gelişebileceğini göstermektedir (Canat ve diğ., 2018).

Erken boşalmaya yönelik psikolojik, özellikle de bilişsel-davranışçı açıklamalar, diğer açıklama türlerine göre araştırmalarla daha çok desteklenmiştir. Örneğin bu bozukluk yavaşlamayı, uyarılmayı kontrol etmeyi ve cinsel birleşmenin hazzını yaşamayı öğrenmemiş Eduardo gibi genç, cinsel açıdan deneyimsiz erkekler arasında daha yaygındır (Cunningham ve Rosen, 2018; Althof, 2007). Aslında genç erkekler ilk cinsel birleşme deneyimlerinde genellikle erken boşalırlar. Cinsel deneyimin artması ile birlikte çoğu erkek cinsel tepkileri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olur. Hangi yaşta olursa olsun cinsel birliktelik yaşama sıklığı az olan erkekler ise genellikle erken boşalma eğilimi gösterir.




Joe Dator/The New Yorker Collection/ The CartoonBank

*"Pekâlâ, zamanlama muhteşem!"*

Klinisyenler erken boşalmanın kaygı, ergenlik döneminde acele şekilde (ebeveynler tarafından "yakalanma" korkusuyla) gerçekleştirilen mastürbasyon deneyimleri veya kişinin kendi cinsel uyarılma örüntüsünü yeterince iyi tanımamasıyla da ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Bununla birlikte bu tür görüşler az sayıda araştırma ile desteklenmiştir.

Pek çok klinik kuramcı arasında, biyolojik etkenlerin de birçok erken boşalma vakasında önemli bir rol oynayabileceğini düşünenlerin sayısı giderek artmaktadır. Şimdiye kadar yapılan sınırlı sayıda araştırma sonucunda üç biyolojik yaklaşım öne sürülmüştür. Bu yaklaşımlardan biri, bazı erkeklerin bu bozukluğu geliştirmelerine neden olan genetik bir yatkınlıkla doğduğunu ileri sürmektedir. Aslında bir çalışmada erken boşalma sorunu olan erkeklerden oluşan küçük bir örneklemin yüzde 91'inin birinci derece akrabalarında da bu bozukluğun olduğu görülmüştür. Hayvan çalışmalarına dayanan ikinci yaklaşımda erken boşalma sorunu olan erkeklerin beyinlerinin aşırı aktif ya da daha az aktif olan bazı serotonin reseptörlerini içerdiği görüşü üzerinde durulmaktadır. Bu zamana kadar araştırmalarla çok fazla desteklenmemiş olan üçüncü bir yaklaşımda ise bu bozukluğa sahip erkeklerin penis bölgesinde daha fazla duyarlılık veya sinir iletimi olduğu öne sürülmektedir (Roaiah ve diğ., 2018; Guo ve diğ., 2017).

**Geç Boşalma** **Geç boşalma** (önceden erkekte orgazm bozukluğu veya baskılanmış erkek orgazmı olarak adlandırılan) sorunu yaşayan bir erkek, partneri ile cinsel etkinlik sırasında sürekli olarak boşalma yaşayamaz veya boşalmada gecikme yaşar (tekrar bk. Tablo 11-3). Dünya genelinde erkeklerin yaklaşık yüzde 10'unda bu bozukluk görülmektedir (Morgentaler ve diğ., 2017; Lewis ve diğ., 2010). Bu bozukluk, John örneğinde de olduğu gibi genellikle büyük bir hayal kırıklığı ve üzüntüye neden olmaktadır:

*38 yaşındaki satış temsilcisi John 9 yıldır evliydi. 32 yaşındaki eşinin ısrarı üzerine çift, cinsel sorunları için -John'un ilişki sırasında boşalamaması- danışmanlık almaya gelmişti. Evliliğin ilk yılında eşi, John boşalmasını uzun süre geciktirmeyi öğrenene kadar orgazma ulaşmada zorluk yaşamıştı. John, boşalmasını geciktirmek için bazı zihinsel dikkat dağıtma tekniklerini kullanıyor ve cinsel birleşmeden önce düzenli olarak marihuana içiyordu. İlk başlarda, boşalma olmadan cinsel birleşmeden uzun uzun zevk alabiliyor olmaktan çok memnundu ve bu becerisini bir erkeklik göstergesi olarak değerlendiriyordu..*

*Danışmanlık için başvurmadan yaklaşık 3 yıl önce, tek çocuklarının doğumundan sonra John, artık boşalmakta güçlük yaşadığını fark etti. Eşi ona farklı cinsel birleşme pozisyonlarını denemeyi önermişti ancak ne kadar çok denerse orgazma ulaşmakta o kadar çok zorlanıyordu. Hayal kırıklığı yüzünden çift, cinsel birleşmeden tamamen kaçınmaya başladı. John, birbirini izleyen her başarısızlıkla birlikte artan performans kaygısı ve bu sorunu karşısında artan bir çaresizlik duygusu yaşar hâle gelmişti.*

*(Rosen ve Rosen, 1981, s. 317-318)*

TABLO: 11-3

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Prematür Ejakülasyon |
|---|
| 1. En az 6 ay boyunca birey partneriyle cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak vajinaya girdikten sonra 1 dakika içinde ve kendi isteğinden önce boşalır. |
| 2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur. |
| **Geç Boşalma** |
| 1. En az 6 ay boyunca birey partneriyle cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak boşalmada belirgin bir gecikme, boşalma seyrekliği veya boşalma yokluğu gösterir. |
| 2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur. |
| **Kadında Orgazm Bozukluğu** |
| 1. En az 6 ay boyunca birey partneriyle cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak orgazmda belirgin bir gecikme orgazm seyrekliği veya orgazm yokluğu gösterir ve/veya bireyin orgazm yoğunluğu geçmiş orgazm duyumlarına göre çok düşük yoğunluktadır. |
| 2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

## #OlumsuzaGidiş

Hiçbir şekilde cinsel partner bulamayan kişiler, bazen kendilerini *istemsizce cinsel birleşmeden kaçınanlar* ("istemsiz bekârlar") olarak tanımlar. Bu tür kişilerden bazılarının, kadınlara karşı nefret ve tehdit dolu söylemlerini içeren -bu kişiler adaletsizce cinsel birleşmeden mahrum olduklarını iddia eden ve hatta cinsel olarak aktif kadınlara ve erkeklere karşı şiddeti onaylayan söylemlerde bulunan bir alt grubu oluşturmaktadır- internet forumlarının sayısı son yirmi yılda artış göstermiştir. Bunun bir sonucu olarak bir zamanlar destekleyici olan bu çevrim içi hareket, çok sayıda web sitesinde yasaklanmıştır.

Düşük testosteron seviyesi, belirli nörolojik hastalıklar ve bazı kafa veya omurilik yaralanmaları boşalmayı engelleyebilir (Abdel-Hamid ve Ali, 2018). Sempatik sinir sistemini yavaşlatan maddeler (örneğin alkol, bazı hipertansiyon ilaçları ve bazı psikotrop ilaçlar gibi) de boşalmayı etkileyebilir. Örneğin serotonin salınımını artıran bazı antidepresan ilaçların, bu türde ilaçlar kullanan erkeklerin en az yüzde 30'unda boşalmayı güçleştirdiği görülmüştür (Hirsch ve Birnbaum, 2018, 2017).

Geç boşalmanın başlıca psikolojik nedenlerinden biri, aynı zamanda sertleşme bozukluğunda da rol oynayan performans kaygısı ve seyirci rolü gibi bilişsel-davranışçı etkenler gibi görünmektedir (Nimbi ve diğ., 2018). Bir erkek sadece orgazma ulaşmaya odaklanmaya başladığında cinsel etkinlik sırasında o etkinliğin uyarılmış bir katılımcısı olmayı bırakabilir ve bunun yerine uyarılmamış, kendini eleştiren ve korku dolu bir gözlemci hâline gelebilir. Geç boşalmanın bir başka psikolojik nedeninin geçmiş mastürbasyon deneyimleri olabileceği düşünülmektedir. Örneğin bir erkek hayatı boyunca penisini çarşaflara, yastıklara veya benzeri nesnelere sürterek mastürbasyon yapmışsa bu nesneler olmadan orgazma ulaşmada zorluk çekebilir (Wincze ve diğ., 2008). Son olarak geç boşalma, erkekte düşük cinsel istek bozukluğunun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Gerçek bir istek duymadan cinsel etkinlikte bulunan bir erkek, boşalmaya yetecek kadar uyarılma yaşayamayabilir.

**Hayatta performans kaygısı ve seyirci rolü ile açıklanabilecek başka sorun alanları da olabilir mi?**

**KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU** 3 yıldır evli olan Janel ve Isaac, Janel'in orgazm olmaması nedeniyle cinsel terapiye başvurdular.

*Janel hayatı boyunca hiç orgazm olmamıştı ancak Isaac'in endişesi nedeniyle yakın zamana kadar cinsel birleşme sırasında orgazm taklidi yapıyordu. Sonunda ona gerçeği söyledi ve birlikte terapiye başvurdular. Janel, oldukça dindar bir aile tarafından büyütülmüştü. Ebeveynlerinin birbirlerini öptüğünü ya da birbirlerine fiziksel yakınlık gösterdiğini hiç hatırlamıyordu. Bir keresinde annesi onu 7 yaşında kendi cinsel organına bakarken bulduğunda ciddi bir şekilde cezalandırmıştı. Janel, ailesinden cinsel eğitim almamıştı ve menstürasyonu başladığında annesi ona bunun artık hamile kalabileceği anlamına geldiğini, bu nedenle asla bir erkeği öpmemesi veya bir erkeğin ona dokunmasına izin vermemesi gerektiğini söylemişti. Annesi, "erkeklerin tek bir şey istediği" şeklindeki tekrarlayan uyarılarla, onun bir randevuya çıkmasına ciddi şekilde sınırlama getirmişti. Ebeveynleri oldukça eleştirel ve talepkâr olsalar da (örneğin karnesinde biri hariç pek çok A notu varken neden bir tane B notu olduğunu sormaları gibi) ebeveynleri ona karşı sevecendi ve onların onayını alabilmek Janel için çok önemliydi.*

Kadında orgazm bozukluğu olan kişiler cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak orgazma ulaşamazlar, orgazm duyumları çok düşük yoğunlukludur veya orgazmda belirgin bir gecikme yaşarlar (tekrar bk. Tablo 11-3). Kadınların yaklaşık yüzde 21'i bir dereceye kadar bu tür bir örüntüyü deneyimlemektedir (Shifren, 2018; 2018; Bradford, 2017). Araştırmalar, kadınların yüzde 10'unun veya daha fazlasının tek başına veya cinsel etkinlik sırasında hiç orgazma ulaşamadığını ve en az yüzde 9'unun nadiren orgazma ulaşabildiğini göstermektedir. Bir çalışmada, kadında orgazm bozukluğu olan katılımcılardan bu konudaki duygularını en iyi tanımlayan kelimeyi seçmeleri istendiğinde üçte ikisi "hayal kırıklığı" kelimesini seçmiştir (Kingsberg ve diğ., 2013).

Tüm kadınların yaklaşık yüzde 50 ila 70'i cinsel birleşme sırasında en azından yeterince düzenli şekilde orgazm yaşamaktadır (Frederick ve diğ., 2018; Bancroft ve diğ., 2003). Cinsel açıdan kendine daha çok güvenen kadınlar daha düzenli aralıklarla orgazm olma eğilimindedir. Aynı zamanda çoğu klinisyen normal cinsel işlevler söz konusu olduğunda cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşmanın zorunlu bir durum olmadığı konusunda hemfikirdir (Shifren, 2018). Bunun yerine birçok kadın, klitorisin doğrudan uyarılması yoluyla partnerleriyle birlikte orgazma ulaşır. Her ne kadar psikanalitik kuramın erken yıllarında cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşamamak patolojik bir durum olarak nitelendirilmiş olsa da günümüzde araştırmalar yalnızca klitorisin uyarılması ile orgazma ulaşabilen kadınların tamamen normal ve sağlıklı olduğunu göstermektedir (Bradford, 2017; Laan ve diğ., 2013). Ayrıca pek çok klinisyenin herhangi bir koşulda orgazma ulaşmanın sağlıklı ve normal bir cinsel yaşamın tanımlayıcı bir özelliği olmadığı görüşünü paylaştığını da belirtmekte fayda vardır (Shifren, 2018).

**kadında orgazm bozukluğu** Bir kadının yineleyici olarak orgazma ulaşamamasını, orgazm duyumlarının çok düşük yoğunluklu olmasını veya orgazmda belirgin bir gecikme yaşamasını içeren cinsel işlev bozukluğu.

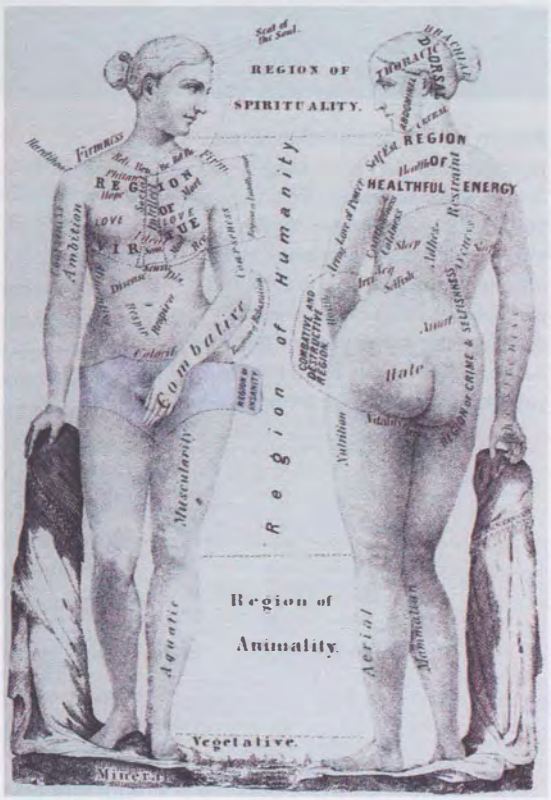
Kadında orgazm bozukluğu; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkabilir. Uyarılma orgazmda önemli bir rol oynadığından uyarılma konusunda güçlükler genellikle kadında orgazm bozukluğuna yönelik açıklamalarda belirgin bir şekilde öne çıkmaktadır.

**BİYOLOJİK NEDENLER** Bir kadının orgazmını çeşitli fizyolojik koşullar etkileyebilir. Diyabet; uyarılmayı, vajinanın kayganlaşmasını ve orgazmı engelleyecek şekilde sinir sistemine zarar verebilir. Orgazm güçlüğü bazen multipl skleroz ve diğer nörolojik hastalıklarla erkeklerde boşalmayı engelleyebilecek aynı madde ve ilaçlarla ve genellikle menopoz sonrası dönemde gelişen cilt hassasiyeti ve klitorisin, vajinal duvarların veya labyanın yani vajinanın her iki tarafındaki deri kıvrımlarının yapısındaki değişikliklerle de ilişkili olabilmektedir (Hirsch ve Birnbaum, 2018, 2017).

**PSİKOLOJİK NEDENLER** Araştırmalar, yüksek düzeyde *cinsel ketlemeye* sahip kadınların özellikle kadında orgazm bozukluğu yaşama ihtimalinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tavares, Laan ve Nobre, 2018). Bu bireyler cinsel performansları hakkında büyük bir endişe duyarlar, bununla ilgili olumsuz düşüncelere sahiplerdir ve bu nedenle cinsel etkinlikler sırasında kolayca dikkatleri dağılır.

Daha genel olarak depresyon da dâhil olmak üzere kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun gelişimine katkıda bulunan aynı psikolojik nedenler kadında orgazm bozukluğuna da yol açabilir (Bradford, 2017). Ayrıca hem psikodinamik hem de bilişsel kuramcıların da vurguladığı gibi çocukluk çağı travmaları ve o dönemdeki ilişkilerle ilgili anılar da bazen orgazm güçlükleri ile ilişkilendirilmektedir (Carpenter ve diğ., 2017). Çeşitli çalışmalarda güvenilir bir baba, anneyle olumlu bir ilişki, ebeveynler arasındaki sevgi, annenin olumlu kişiliği ve annenin olumlu duygularını ifade etmesini içeren çocukluğa dair anıların olumlu orgazm sonuçlarını yordayan önemli etkenler olduğu görülmüştür (Heiman, 2007).

**SOSYOKÜLTÜREL NEDENLER** Yıllardır birçok klinisyen, kadın orgazm sorunlarının toplumun kadınlara sürekli olarak cinselliklerini bastırmaları ve inkar etmeleri gerektiği ile ilgili verdiği mesajların bir sonucu olabileceğini düşünmektedir. Bu tür mesajlar, kadınların cinsel tutum ve davranışlarının erkeklerin cinsel tutum ve davranışlarına göre genellikle "daha az hoşgörü gösterilen" tutum ve davranışlar olarak nitelendirilmesine yol açmıştır. Aslında hem uyarılma hem de orgazm güçlüğü yaşayan birçok kadın, çocukluk döneminde ebeveynlerinin aşırı derecede katı bir dinî yetiştirme tarzı olduğunu, mastürbasyon yaptıkları için cezalandırıldıklarını, menstrüasyon konusunda bilgilendirilmediklerini, ergenlik döneminde erkeklerle görüşmelerinin kısıtlandığını ve onlara "İyi kızlar böyle şeyler yapmaz." mesajının verildiğini bildirmektedir (Bradford, 2017; Laan ve diğ., 2013).




From Joseph R. Buchanan, Outlines of Lectures on the Neurological System of Anthropology, Cincinnati, 1854. The Oskar Diethelm Library, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College and The New York Hospital, New York

**"Delilik bölgesi"** Viktorya Dönemi'nde tıp otoriteleri tarafından kadınlardaki "aşırı tutku" tehlikeli ve olası bir delilik nedeni olarak tanımlanmıştır (Gamwell ve Tomes, 1995). Hatta on dokuzuncu yüzyıla ait bir tıp ders kitabındaki bu illüstrasyonda kadının üreme organları onun "delilik bölgesi" olarak nitelendiriliyor.

Bununla birlikte cinsel etkinlik sırasında herhangi bir işlev bozukluğu görülmeyen kadınların da benzer şekilde cinsel açıdan sınırlayıcı bir geçmişi olduğu görülmektedir (LoPiccolo, 2002). Ayrıca kadın cinselliği ile ilgili kültürel mesajlar son yıllarda daha olumlu bir nitelik kazanmış olsa da kadınlarda uyarılma ve orgazm sorunlarının görülme oranı değişiklik göstermemiştir. Peki, neden bazı kadınlar bu tür problemler yaşarken bazıları yaşamıyor? Araştırmacılar alışılmadık derecede stresli olayların veya travmaların, genellikle bu tür cinsel sorunlarda görülen korkuların, anıların ve tutumların oluşmasında etkili olabileceğini öne sürmektedir (Carpenter ve diğ., 2017; Meana, 2012). Örneğin çocukken tacize uğrayan veya yetişkin olarak tecavüze uğrayan birçok kişide, kadında orgazm bozukluğu görülmektedir (Hall, 2017, 2007).

**Bazı kuramcılar, kadın hareketinin cinsel bozukluklara yönelik klinisyenlerin bilgi birikiminin artmasına katkıda bulunduğuna inanmaktadır. Bu nasıl mümkün olmuş olabilir?**

Araştırmalar, bir kadının yakın ilişkilerinde orgazma ulaşmaya yönelik davranışlarının belirli etkenlerle ilişkili olduğunu da göstermektedir (Bradford, 2017; Kingsberg ve diğ., 2017). Örneğin araştırmalarda bir kadının orgazma ulaşma olasılığının, ilk cinsel birleşme deneyimi sırasında bu deneyime ne kadar duygusal



AP Photo/Shuji Kajiyama

**Bakım ve ilgi önemlidir** Cinsel tepki döngüsü olan ve bu döngüdeki bir sorun nedeni ile cinsel işlev bozuklukları geliştiren tek hayvan insan değildir. Burada bir erkek makak maymunu, Japonya'nın merkezindeki bir kaplıcada karda otururlarken bir dişi maymuna bakım yapıyor. Böyle bir bakım, dişinin erkekle cinsel birliktelik yaşama olasılığını üç kat artırmaktadır.

katılım sağladığına ve bu deneyimden ne kadar zevk aldığına, şimdiki partnerinin vücudunu ne kadar çekici bulduğuna ve ilişki içinde ne kadar mutlu olduğuna bağlı olabileceği görülmüştür. İlginç bir şekilde, aynı araştırmalarda orgazm olabilen kadınların, orgazm olamayan kadınlara göre şu anki partnerleriyle cinsel etkinlik sırasında daha sık cinsel fantaziler kurduğu bulunmuştur.

## Cinsel Ağrı Bozuklukları

Bazı cinsel işlev bozuklukları, cinsel tepki döngüsünün belirli bir evresindeki işlev bozuklukları ile tam olarak açıklanamayan cinsel birleşme sırasındaki büyük bir fiziksel rahatsızlıkla belirgin bir güçlüğü içermektedir. Bir bütün olarak **cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu** olarak adlandırılan bu tür işlev bozuklukları, kadınlarda erkeklere göre çok daha sık görülmektedir (Kingsberg ve Spadt, 2018; Hellstrom ve DeLay, 2017).

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu olan kadınlarda vajinanın üçte birlik dış kısmındaki kaslar istemsizce kasılır ve penisin vajinaya girişini engeller (bk. **Tablo 11-4**). Tıp çevrelerinde *vajinismus* olarak bilinen bu sorun, cinsel birleşmeyi güçleştirir. Vajinismus ile ilgili sınırlı sayıda araştırma yapılmış olmakla birlikte, tahminlere göre bu sorun tüm kadınların yüzde 1'inden daha azında görülmektedir (Barbieri, 2017; Christensen ve diğ., 2011). Vajinismus sorunu olan kadınların bir kısmı cinsel etkinliklerden büyük keyif alır, güçlü cinsel dürtülere sahiptir ve klitorisin uyarılmasıyla orgazma ulaşır (Meana ve diğ., 2017). Bu kişiler yalnızca penisin vajinaya girişinin vereceği rahatsızlıktan korkmaktadır.

Çoğu klinisyen, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğunun bazı kadınlarda genellikle cinsel birleşmenin acılı ve zarar verici olacağı beklentisi nedeni ile ortaya çıkan öğrenilmiş bir korku tepkisi olduğu yönündeki bilişsel-davranışçı görüşü paylaşmaktadır (Meana ve diğ., 2017; Fugl-Meyer ve diğ., 2013). Bu görüşe alternatif olarak vajina veya idrar yolu enfeksiyonu, herpes simpleks gibi jinekolojik bir hastalık veya menopozun fiziksel etkileri sonucunda da kadınlarda bu tür bir bozukluk gelişebilir (Kingsberg ve Spadt, 2018; Barbieri, 2017). Bu gibi durumlarda işlev bozukluğu ancak kadınlar buna yönelik tıbbi bir tedavi aldıklarında giderilebilmektedir.

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu olan diğer bazı kadınlarda ise vajinal kaslarda istemsiz kasılmalar görülmez ancak cinsel birleşme sırasında tıbbi olarak *disparoni* olarak bilinen ("ağrılı birleşme" anlamına gelen Yunanca bir kelime) şiddetli vajinal veya pelvik ağrılar vardır. Araştırmalar, tüm kadınların yüzde 14 ila 16'sında (ve tüm menopoz sonrası dönemdeki kadınların yüzde 40'ında) bu sorunun bir dereceye kadar görüldüğünü göstermektedir (Kingsberg ve Spadt, 2018; Shifre, 2018). Disparonisi olan kadınlar tipik olarak cinsel etkinliklerden zevk alırlar ve bu etkinlikler sırasında uyarılma yaşarlar ancak geçmişte olumlu bir seyir izleyen cinsel yaşamları bu ağrı deneyimi ile sınırlanmıştır (Meana ve diğ., 2017).

Bu türde bir cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğunun genellikle fiziksel bir nedeni vardır (Kingsberg ve Spadt, 2018). Bu nedenler arasında en yaygın olanı, doğum sırasındaki yaralanmalardır (örneğin vajinanın veya pelvik bağların hasar görmesi). Epizyotominin (vajinal girişi genişletmek ve doğumu kolaylaştırmak için yapılan bir kesi) bıraktığı yara da ağrıya neden olabilir. Kadınların yaklaşık yüzde 16'sında doğumdan sonraki bir yıl süresince cinsel birleşme sırasında şiddetli vajinal veya pelvik ağrılar görülmektedir (Bertozzi ve diğ., 2010). Daha genel olarak bu tür bir ağrı, penisin himenin (kızlık zarının) kalan kısımlarıyla çarpışması, vajinal enfeksiyonlar, cinsel ilişki sırasında vajina dudak bölgesine sicimsi kasık kıllarının sürtünmesi, pelvik hastalıklar, tümörler, kistler, vajina temizliğinde kullanılan kimyasal maddelere ve doğum kontrol haplarına karşı gelişen alerjik reaksiyonlar, kondom ve diyaframlardaki kauçuk madde ve menideki protein ile de ilişkilendirilmektedir. Psikolojik etkenler (örneğin vücuda karşı artan dikkat ve yüksek düzeyde kaygı) veya ilişki sorunları gibi etkenler de disparoniye katkıda bulunabilen etkenler arasında yer almakla birlikte bu tür etkenler bu tür bir sorundan nadiren sorumlu olmaktadır (Kingsberg ve Spadt, 2018). Aynı zamanda erkeklerin de yüzde 1 ila 5'i cinsel birleşme sırasında cinsel organlarında ağrı duymakta

TABLO: 11-4

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Cinsel organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu**

1. En az 6 ay boyunca kişi aşağıdakilerden en az birinde yineleyici olarak güçlük çeker: *Birleşme sırasında vijinaya girmede güçlük * Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma * Vajinada ya da pelviste ağrı duyacak olmayla ilgili olarak belirgin bir korku *Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok sıkma.
2. Bu belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

ve bu erkeklerin çoğu cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanısı alabilmektedir (Hellstrom ve DeLay, 2017).

**cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu** Cinsel birleşme sırasında önemli düzeyde fiziksel rahatsızlık ile kendini gösteren bir cinsel işlev bozukluğu.

## ...ÖZETLE

**CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI** Cinsel işlev bozuklukları, bir kişinin cinsel etkinlikten zevk almasını zorlaştırır veya imkansız hale getirir.

DSM-5'te, cinsel tepki döngüsünün istek evresindeki sorunlardan kaynaklanan iki bozukluk tanımlanmaktadır: erkekte düşük cinsel istek bozukluğu ve kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu. İlk sırada yer alan bozukluğa sahip erkeklerde, cinsel etkinlik için istek ya hiç yoktur ya da oldukça azalmıştır ve bu nedenle cinsel etkinliklere nadiren katılırlar. İkinci sırada yer alan bozukluğa sahip kadınlar ise cinsel etkinliklere karşı normal bir ilgiden yoksundurlar, nadiren cinsel etkinliklere katılırlar ve ayrıca cinsel etkinlik sırasında veya cinsel simgelerin varlığında çok az uyarılma hissedebilirler. Bu bozuklukların biyolojik nedenleri arasında, anormal hormon seviyeleri, belirli ilaçların fizyolojik etkileri ve bazı tıbbi hastalıklar yer almaktadır. Psikolojik ve sosyokültürel nedenleri arasında ise belirli korkular, durumsal baskılar, ilişki sorunları ve cinsel tacize veya saldırıya uğramış olmaktan kaynaklanan travmalar yer almaktadır.

Uyarılma evresindeki bozukluklar arasında cinsel etkinlik sırasında sertleşmeye ulaşmada veya sertleşmeyi sürdürmede tekrarlanan bir güçlük ile kendini gösteren sertleşme bozukluğu bulunmaktadır. Sertleşme bozukluğunun biyolojik nedenleri arasında, anormal hormon seviyeleri, vasküler sorunlar, bazı tıbbi durumlar ve bazı ilaçların fizyolojik etkileri yer almaktadır. Psikolojik ve sosyokültürel nedenler arasında ise, performans kaygısı ve seyirci rolünün etkileşimi, iş kaybı gibi durumsal baskılar ve ilişki sorunları yer almaktadır.

Orgazm evresindeki bir bozukluk olan prematür ejakülasyon, çoğunlukla erken dönemde cinsellik hakkında öğrenilmiş yanlış bilgiler ve yeterli cinsel deneyimin olmaması gibi bilişsel-davranışçı kuramın öne sürdüğü nedenlere bağlanmıştır. Yineleyici olarak orgazma ulaşamama ile belirgin bir boşalma yokluğu veya boşalmada belirgin bir gecikme ile kendini gösteren geç boşalma ise düşük testosteron seviyeleri, nörolojik hastalıklar ve belirli ilaçların fizyolojik etkileri gibi biyolojik nedenler ile performans kaygısı ve seyirci rolü gibi psikolojik nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kadında orgazm bozukluğu, tıbbi hastalıklar ve menopoz sonrası dönemde meydana gelen değişiklikler gibi biyolojik nedenlere, çocukluk çağı travmalarına ilişkin anılar gibi psikolojik nedenlere ve ilişki sorunları gibi sosyokültürel nedenlere bağlanmıştır.

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, cinsel etkinlik sırasında önemli düzeyde ağrı duymayı içermektedir. Bu bozukluğun türlerinden biri olan vajinismus, vajinanın üçte birlik dış kısmı etrafındaki kasların istemsiz şekilde kasılmasının penisin vajinaya girişini engellemesi ile belirgin bir sorundur. Bu bozukluğun bir diğer türü olan disparonide ise kişi cinsel etkinlik sırasında şiddetli vajinal veya pelvik ağrılar yaşar. Bozukluğun bu türüne sıklıkla doğumdan kaynaklanan yaralanma gibi fiziksel bir neden yol açmaktadır.

# Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi

Son 40 yıl, cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde büyük değişikliklere sahne olmuştur. 1970 yılında William Masters ve Virginia Johnson'ın bu alanda bir dönüm noktası niteliğindeki *İnsanın Cinsel Yetersizliği* kitabının yayımlanmasıyla cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde yeniden bir devrim gerçekleşmiştir. Bu kitapla tanıttıkları cinsel terapi programı, günümüzde başta bilişsel-davranışçı terapi olmak üzere çift ve aile sistemleri terapileri gibi çeşitli yaklaşımlardan temel alan müdahaleleri içeren bütüncül bir yaklaşım hâlini almıştır (Avery-Clark ve Weiner, 2017). Cinsel terapinin amacı, danışanların cinsel işlevselliğini arttırmak ve daha yüksek düzeyde bir cinsel doyuma ve psikolojik iyilik haline ulaşmalarına yardımcı olmaktır (Peterson, 2017). Son yıllarda özellikle ilaç tedavileri olmak üzere biyolojik müdahaleler de cinsel işlev bozukluklarına yönelik yaygın tedavi yaklaşımları arasında yerini almıştır (McCarthy ve Wald, 2017).

## Cinsel Terapinin Genel Özellikleri Nelerdir?

Çağdaş cinsel terapi uygulamaları, kısa süreli ve öğreticidir ve genellikle 15 ila 20 seans sürmektedir. Geniş bir çerçevede kişisel sorunlar yerine belirli türde cinsel sorunlara odaklanır. Daha önce tanıştığınız, sertleşme bozukluğu olan Arjantinli Carlos Domera'da, çağdaş cinsel terapinin birçok tekniği başarılı olmuştur:

**#KendindenMemnunOlma**

Finlandiya'da yapılan büyük bir araştırmada erkek katılımcıların yarısı cinsel organlarının, kadın katılımcıların yarısı ise göğüslerinin görünüşünden memnun olduğunu bildirmiştir (Algars ve diğ., 2011).

#

## #ÖzlüSözler

"Bazı geceler erkek yorgun olduğunu ve bazı geceler de kadın kitap okumak istediğini söyledi, diğer gecelerde ise kimse bir şey söylemedi."

Joan Didion, Play It as It Lays

*Değerlendirme seansının sonunda psikiyatrist çifti, Bay Domera'nın depresyonu da dâhil olmak üzere ancak daha ağırlıklı olarak kaygısına ve hissettiği utanca, yüksek standartlarına ve rahatlamayı neredeyse imkânsız hâle getiren ve iletişimi zorlaştıran çeşitli kültürel ve ilişkisel güçlüklere bağlı "tersine çevrilebilir psikolojik" bir cinsel sorun yaşadığı konusunda bilgilendirdi. Çifte doğrudan cinsel soruna odaklanan, kısa süreli, on ila on dört seans içinde önemli bir iyileşme sağlayacağı düşünülen bir terapiyi denemeleri önerdi....*

*[Çift] haftada bir sıklıkta uygulanan bu terapiye başlamayı kabul etti ve bu tür bir terapide tipik olarak verilen ilk "ödev" evde uygulamaları için onlara da verildi: sertleşme oluşsa bile cinsel organlara dokunarak uyarmaktan veya cinsel birleşme girişiminden uzak durulması gibi özel kuralları içeren, çiftlerin birbirlerinin cinsel organları dışında kalan bölgelere yaptıkları okşama masajı egzersizi.*

*Beklendiği gibi ikinci seansta Bay Domera, çekingen bir gülümsemeyle "hile yaptıklarını" ve "kurallara aykırı" davranarak cinsel birleşme yaşadıklarını söyledi. Bu onlar için bir yıldan uzun bir süre sonra gerçekleşen ilk başarılı cinsel birleşme deneyimiydi. Başarıları ve mutlulukları terapist tarafından anlayışla karşılandı ancak bunun yanında çifte genellikle terapinin başlarında bu tür bir hızlı iyileşmenin meydana geldiği, sonraki haftalarda artan performans kaygısı ile birlikte sorunun nüksedebileceği konusunda güçlü bir şekilde uyarıda bulunuldu. Çift, tekrar cinsel birleşmeden kaçınarak ve sertleşme veya orgazm beklentisi olmadan cinsel organlarda istem dışı gelişebilecek hafif düzeyde bir uyarılmaya izin verecek şekilde okşama egzersizlerini yapmaları için teşvik edildi.*

*İkinci ve dördüncü haftalarda [Carlos] bu egzersizler sırasında sertleşme sağlayamadı ve terapi seanslarında, sertleşmeye ulaşamasa da kendini kabul etmesine ve cinsel birleşme olmadan da tutkulu şekilde temas etmekten zevk almayı öğrenmesine yardım edilerek bu sorunla baş edebilmesi sağlandı. Karısı, o rahat olduğu sürece onun kendisini elle veya oral uyarımlarla memnun edebileceğine ve kendisinin cinsel birleşmeden hoşlandığı kadar bu tür etkinliklerden de zevk aldığına gerçekten inanmasına yardım etti. [Carlos], bu yeni becerilerini bir "başarı" olarak görmesi ve karısını dinlediği ve onun ihtiyaçlarına cevap verdiği için pek çok açıdan birçok kocadan daha iyi bir sevgili haline geldiğini fark etmesi için cesaretlendirildi.*

*Beşinci haftada hasta kendine güvenerek başarılı ve rahat bir şekilde cinsel birleşme yaşamaya başladı ve dokuzuncu seansta artık düzenli olarak sertleşmeyi sağlayabiliyordu. İkisi de aynı anda istek duyuyorsa ya cinsel birleşme yaşıyor ya da orgazma ulaşmak için başka bir tekniği kullanıyorlardı. On seansın sonunda tedavi sonlandırıldı.*

*(Spitzer ve diğ., 1983, s. 106-107)*

Carlos Domera'nın tedavisinde de görüldüğü gibi çağdaş cinsel terapi çeşitli türde ilkeleri ve teknikleri içermektedir. Aşağıda yer alan teknikler, herhangi bir cinsel işlev bozukluğundan bağımsız olarak neredeyse tüm sorunlara yönelik olarak kullanılabilecek türdeki cinsel terapi teknikleridir:

1. **Sorunun değerlendirilmesi ve kavramsallaştırılması** Öncelikle hastalar tıbbi olarak değerlendirilir ve "cinsel öyküleri" hakkında bilgi edinilir. Görüşme sırasında terapistin temel amacı, geçmiş yaşam olayları ve özellikle de işlev bozukluğuna katkıda bulunan güncel etkenler hakkında bilgi toplamaktır (Cunningham ve Khera, 2018; Hackett ve diğ., 2018).
2. **Karşılıklı sorumluluk** Terapistler bu süreçte *karşılıklı sorumluluk* ilkesini vurgular. İlişkideki her iki taraf da gerçek işlev bozukluğunun kimde olduğuna bakılmaksızın cinsel sorunu paylaşır, bu nedenle her iki tarafın da terapiye dâhil olması durumunda süreç daha başarılı bir şekilde ilerleyebilmektedir (Shifren, 2018; Kingsberg ve diğ., 2017).
3. **Cinsellik hakkında eğitim** Cinsel işlev bozukluğu olan birçok hasta, cinsel etkinliklerin fizyolojisi ve yöntemleri hakkında çok az şey bilir (Khera ve Cunningham, 2018). Bu nedenle cinsel terapi uzmanları hastalarla bu konular üzerine konuşabilir ve bu konular hakkında bilgilenmeleri için onlara eğitici kitaplar, videolar ve internet siteleri de dâhil olmak üzere çeşitli türde eğitim materyali sunabilir (van Lankveld, 2017).
4. **Duyguların tanımlanması.** Cinsel terapi uzmanları, hâlihazırda hastaların cinsel uyarılma yaşamalarını ve cinsel etkinliklerden zevk almalarını engelliyor olabilecek geçmiş olaylara bağlı sıkıntı veren duyguları tanımlamasına ve ifade etmesine yardımcı olur (Johnson, 2017; Kleinplatz, 2010).

**Seks, internette en çok aratılan kelimelerden biridir. Sizce bu kelime neden bu kadar popüler bir arama konusu olmuş olabilir?**

#

## #ÖzlüSözler

"Her kim bunu sarmaş dolaş öpüşme diye adlandırmışsa belli ki o anatominin ne olduğunu bilmiyormuş."

Groucho Marx, komedyen ve aktör

5. **Tutum değişimi** Cinsel terapi uzmanları bilişsel-davranışçı terapinin en önemli ilkesini temel alarak, hastaların cinsel uyarılma ve zevk alma gibi cinsellik hakkındaki tüm inançlarını değerlendirmelerine ve değiştirmelerine yardımcı olur (Bradford, 2017; Kingsberg ve diğ., 2017).
6. **Performans kaygısının ve seyirci rolünün ortadan kaldırılması** Terapistler genellikle çiftlere, *duyumlara odaklanma* ya da *beklenti içermeyen zevk*, bazen de "cinsel birleşmeye varmayan fiziksel temas" egzersizleri adı verilen bir dizi duyusal görevi öğretir. Bu egzersizde eşler, uyarılmayı engelleyebilecek cinsel birleşme yaşamaya veya orgazma ulaşmaya yönelik herhangi bir beklenti olmadan evde birbirlerinin vücudunu keşfederek ve okşayarak alabilecekleri cinsel zevke odaklanır. Çiftlere ilk başta evde cinsel birleşmeden kaçınmaları ve cinsel etkinliklerini cinsel organlar ve göğüsler dışında kalan vücut bölgelerini öpmek, sarılmak ve vücudun çeşitli bölgelerine tutkulu bir şekilde masaj yapmakla sınırlamaları söylenir. Bu egzersizi yaparak eşler zamanla birbirlerine daha fazla cinsel zevk vermeyi ve birbirlerinden cinsel zevk almayı öğrenirler ve bu da sonraki aşamada cinsel birleşmenin sorunsuz bir şekilde gerçekleştirilebilmesini destekler (Khera ve Cunningham, 2018; Avery-Clark ve Weiner, 2017).
7. **Cinsel becerilerin ve iletişim becerilerinin artırılması** Çiftlere öğrenmiş oldukları duyumlara odaklanma becerilerini kullanmaları ve evde yeni cinsel teknikler ve pozisyonlar uygulamaları öğretilir (Shifren, 2018; Bradford, 2018). Örneğin okşayan kişinin diğerinin ellerini yönlendirebildiği ve cinsel temasın hızını, baskısını ve yerini kontrol edebildiği bazı cinsel birleşme pozisyonları deneyebilirler (Heiman, 2007). Ayrıca çiftler, birbirlerine tehditkâr ve bilgilendirici olmayan talimatlardan ziyade ("Bana dokunma şeklin beni tahrik etmiyor."), tehditkâr olmayan ve bilgilendirici talimatlar ("Buraya dokunman hoşuma gidiyor ama baskıyı biraz azaltabilirsin.") vermeleri konusunda yönlendirilir.
8. **İşlevsel olmayan yaşam tarzının ve çiftler arasındaki etkileşimin değiştirilmesi** Terapist, çifti yaşam tarzlarını değiştirmeye veya ilişkileri üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olan bir durumu iyileştirmeye yönelik başka adımlar da atmaya teşvik edebilir -örneğin ilişkilerine müdahale eden akrabaları ile aralarına mesafe koymak veya kendilerini zorlayan bir işi değiştirmek gibi. Benzer şekilde, eğer çiftin ilişkilerinde genel anlamda çatışmalı bir durum söz konusu ise terapist bu durumu da iyileştirmelerine yardımcı olmaya çalışacaktır (Kingsberg ve diğ., 2017; Rosen, 2007).
9. **Fiziksel ve tıbbi etkenlerin ele alınması** Fiziksel aktivite miktarındaki düzenli artışların, çeşitli türde cinsel işlev bozuklukları olan kişiler için yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Khera ve Cunningham, 2018). Buna ek olarak cinsel işlev bozukluklarına hastalık, yaralanma, ilaç kullanımı veya madde kötüye kullanımı gibi tıbbi bir sorunun neden olduğu durumlarda terapistler öncelikli olarak bu sorunu ele alır (Shifren, 2018; Korda ve diğ., 2010).



© Callahan/Levin Represents

*"Ona dokunduğumda hemen bir topa dönüşüyor."*

## Belirli Türdeki Cinsel İşlev Bozukluklarını Tedavi Etmek için Hangi Teknikler Kullanılır?

Cinsel terapinin tüm cinsel işlev bozukluklarına yönelik bu genel bileşenlerine ek olarak bozukluğa özgü olarak kullanılan özel teknikleri de bulunmaktadır.

**İstek Bozuklukları** Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu ve kadında ilgi/uyarılma bozukluğu, oluşumuna ve sürdürülmesine katkı sağlayan çok sayıda etken olması nedeni ile tedavisi en zor olan cinsel işlev bozuklukları arasındadır (Both, Schult ve Laan, 2017). Bu bozuklukların tedavisinde terapistler genellikle birden fazla tekniği bütünleştirerek kullanır (Althof ve Needle, 2017). *Duygusal farkındalık* adı verilen bir teknikte hastalar, cinsellikle ilgili olabilecek kaygı, kırılganlık ve diğer olumsuz duyguları keşfetmek için cinsel sahneleri hayalinde canlandırır. Başka bir teknikte hastalara cinselliğe karşı olumsuz tepkilerini değiştirmelerine yardımcı olmak için bilişsel *kendi kendine eğitim* verilir. Yani cinsel birleşmeye yönelik olumsuz değerlendirmelerini "başa çıkmaya yönelik olumlu değerlendirmelerle" (Örneğin "Cinsel birleşmeden zevk almak için kendime izin verebilirim; bu, kontrolü kaybedeceğim anlamına gelmez.") değiştirmeleri öğretilir.

### #ErkenZevk

Bazı çalışmalarda, evliliklerinde cinsel açıdan herhangi bir sorun yaşamayan kadın katılımcıların çoğu, *ön sevişmenin* partnerleriyle gerçekleştirdikleri cinsel etkinliklerin en tatmin edici bölümü olduğunu bildirmektedir (Herbenick ve diğ., 2018; Basson, 2007; Hurlbert, 1993).

**sildenafil** Cinsel etkinlik sırasında penise giden kan akışının artmasını sağlayan ve sertleşme bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçlardan biridir. *Viagra* olarak pazarlanmaktadır.

Terapistler hastanın cinsel dürtülerini arttırmaya yardımcı olmak için davranışsal yaklaşımlar da kullanabilmektedir. Danışanlar, cinsellik hakkındaki düşünce ve duygularını kaydettikleri bir "istek günlüğü" tutmaya, erotik içerikli kitaplar okuyup videolar izlemeye ve cinsel fantaziler kurmaya teşvik edilir. Ayrıca terapistler, danışanları dans etmek ve yürümek gibi birlikte zevk alabilecekleri etkinlikler yapmaya da teşvik edilebilirler. Düşük cinsel isteğin cinsel saldırı veya çocukluk döneminde maruz kalınan bir tacizden kaynaklandığı durumlar, bazı ek tekniklerin kullanılmasını gerektirebilir (Shifren, 2018; Hall, 2017, 2007). Örneğin bir hasta, olayla ilişkili anıları artık korku veya gerginlik uyandırmayana kadar o olayı hatırlamaya, hakkında konuşmaya ve düşünmeye teşvik edilebilir. Bu tür yaklaşımlar ve diğer psikolojik yaklaşımların, düşük cinsel isteği olan birçok kadın ve erkeğin en nihayetinde haftada birden fazla kez cinsel birleşme yaşamalarına yardımcı olduğu görülmektedir (Khera ve Cunningham, 2018; Both ve diğ., 2018).

Son olarak özellikle yumurtalıklarının alınmasından sonra veya ileri yaşa bağlı olarak bu tür sorunlar yaşayan kadınlarda hormon tedavileri gibi biyolojik müdahaleler de kullanılmaktadır. Bu müdahalelerin bu tür sorunların iyileştirilmesinde etkili olduğu bazı araştırmalarla desteklenmiştir (Shifren, 2018). Ayrıca bu bozuklukların tedavisi için özel olarak bazı farmakolojik ilaçlar da geliştirilmiştir (Khera ve Cunningham, 2018).

**Sertleşme Bozukluğu** Sertleşme bozukluğuna yönelik tedavilerde bir dizi davranışsal, bilişsel ve ilişkisel müdahale kullanılarak erkeğin performans kaygısının azaltılması, uyarılmasının artırılması veya her ikisinin birden sağlanması amaçlanır (Nobre, 2017). Bu amaca yönelik tekniklerden birinde çiftten duyumlara odaklanma egzersizleri sırasında *sıkma tekniğini* de uygulamaları istenebilir: partneri erkeğin penisini eli ile okşamaya devam eder ancak sertleşme ortaya çıktıktan sonra boşalma olmadan sertleşmenin kaybolması için penisi okşamayı bırakır. Bu egzersiz, erkeğin bir performans göstermesi gerektiği ile ilgili üzerindeki baskıyı azaltır ve eşlerin bu tür bir performansa odaklanmaya devam etmedikleri sürece erkekte uyarılmaya yanıt olarak doğal bir şekilde sertleşmenin gerçekleştiğini öğrenmesini sağlar.

1998 yılında sildenafil (ticari adı Viagra) adlı ilacın geliştirilmesiyle birlikte biyolojik yaklaşımlar büyük bir ivme kazanmıştır (Nobre, 2017). Bu ilaç, yutulduktan sonraki bir saat içinde penise giden kan akışını artırır, artan bu kan akışı da cinsel etkinlik sırasında kişinin sertleşmesini sağlar (bk. ***Psikolojik Gözlem***). Sildenafil genel olarak güvenli bir ilaçtır. Bununla birlikte bu ilaç, koroner kalp hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıkları olan erkekler için özellikle de nitrogliserin ve diğer kalp ilaçları ile birlikte alındığında tehlikeli olabilmektedir (Khera ve Cunningham, 2018). Viagranın sertleşme bozukluğu tedavisinde kullanılmaya başlamasından kısa bir süre sonra tadafil (Cialis) ve vardenafil (Levitra) adlı iki ilaç da tedavide kullanılmak üzere onay almıştır. Yine yakın bir dönemde, sildenafile benzer başka bir ilaç olan abanafil (Stendra) de tedaviye eklenmiştir. Tüm bu ilaçların birlikte kullanılması, sertleşme bozukluğunun en yaygın tedavi biçimidir. Bu ilaçlar sertleşmeyi etkili bir şekilde eski hâline getirmekte ve bunları kullanan erkeklerin yüzde 60 ila 80'inde cinsel birleşmeye olanak sağlamakta olduğu, plasebo ilaçları kullanan erkekler arasında ise bu oranın yüzde 21 olarak kaldığı görülmektedir. Yine de bazı araştırmalar, sertleşme bozukluğuna yönelik bu ilaçlardan herhangi birinin psikolojik bir müdahale ile birleştirilerek kullanılmasının, tek başına verilen bir ilaç tedavisi ya da psikolojik bir müdahaleden daha etkili bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir (Nobre, 2017; Schmidt ve diğ., 2014).

**Dünya genelinde viagra** Viagra ve diğer sertleşme bozukluğu ilaçları dışında çok az ilaç dünya çapında yaygınlaşabilmiştir. Burada Kahire'deki bir ilaç fabrikasında teknisyenler, binlerce Viagra hapını Mısır'daki eczanelere dağıtımının yapılması ve pazarlanması için ayırıyor.



AP Photo/Amr Nabil

Viagra, Cialis, Levitra ve Stendra'nın geliştirilmesinden önce sertleşme bozukluğuna yönelik başka bir dizi tıbbi yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemler, artık "ikinci basamak" -genellikle daha maliyetli- tedaviler olarak görülmekte ve ilaçlar ile bir başarı sağlanamadığında ya da ilaçlar önemli bir risk oluşturduğunda tercih edilmektedir (Lazarou, 2017). Bu tür tedaviler arasında jel fitiller, penise ilaç enjeksiyonu, bir penis protezinin cerrahi implantasyonu ve penisin üzerine yerleştirilen boş bir silindirden oluşan *vakum ereksiyon cihazı* (VEC) gibi tedaviler yer almaktadır. VEC yönteminde erkek, silindirden hava pompalayarak penisine kan gelmesini ve böylelikle sertleşmesini sağlayan bir el pompası kullanır.

**Erken boşalma** Erken boşalma, davranışsal yöntemler kullanılarak yıllardır başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir (Rowland ve Cooper, 2017). *Dur ve yeniden başla* egzersizi veya *duraklama*

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

### Cinsiyetçilik, Viagra ve Doğum Kontrol Hapı

Çoğumuz, cinsiyetçiliğin azaldığı ve hem kadınların hem de erkeklerin sağlık hizmetlerinden ve imkanlarından eşit ölçüde yararlanabildiği bir dünyada yaşadığımıza inanmak isteriz. Ancak belirli zamanlarda bu tür hayallerimiz paramparça olur. 1998'de Viagra'nın keşfedilmesi ve devlet kurumlarının ve sigorta şirketlerinin bu ilacın pazarlanmasına yönelik girişimleri bu durumun bir örneği olabilir.

Önce Japonya'ya bir bakalım. 1999 yılının başlarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde piyasaya sürüldükten sadece 6 ay sonra Viagra, Japonya'daki erkeklerin kullanımı için onay almıştır (Goldstein, 2014). Buna karşılık düşük dozdaki gebeliği önleyici ilaçlar -"doğum kontrol hapı"- kadınların kullanımı için viagra kadar hızlı onaylanmadı! Bazı çevrelere göre Viagra bu kadar hızlı bir şekilde onay almamış olsaydı doğum kontrol hapları Japonya'daki kadınlar için hâlâ ulaşılamaz olurdu.



Tony Cenicola/ The New York Times/Redux

**Erkekler için "doğum kontrol hapları": Cialis, Viagra ve Levitra**

Peki ya Amerika Birleşik Devletleri kendi sağlık sisteminde böylesine açık bir çifte standardın önüne geçebilmiş midir? Pek sayılmaz. Viagra piyasaya sürülmeden önce sigorta şirketlerinin reçeteli gebeliği önleyici ilaçların maliyetinin kadınlara geri ödenmesi konusunda bir yükümlülükleri yoktu. Sonuç olarak büyük ölçüde sigorta tarafından karşılanmayan üreme sağlığı masrafları yüzünden kadınlar sağlık hizmetleri için erkeklere göre cebinden yüzde 68 daha fazla para harcamak zorunda kaldı (Hollander, 2006; Hayden, 1998). Bazı milletvekilleri, sağlık sigortası planında kapsamlı bir teminat talep ederek bu sorunu düzeltmeye çalıştı ancak çabalan birçok eyalette on yıldan fazla bir süre sonuçsuz kaldı.

Buna karşılık, Viagra 1998'de ilk kez piyasaya sürüldüğünde birçok sigorta şirketi bu ilacı karşılamayı kabul etti ve birçok eyalet Viagra'yı tıbbi yardım sigortası kapsamına aldı. Erkekler için Viagra'nın sigorta kapsamına alınması ile kadınlar için gebeliği önleyici ilaçların sigorta kapsamına alınmaması arasındaki bu çelişki üzerine halkın tepkisi


BSIP SA/Alamy

**Kadınlar için "doğum kontrol hapı"**

büyüdükçe ülke genelindeki yasalar nihayet değişmeye başladı. 1998'in sonunda, dokuz eyalet reçeteli gebelik önleyici ilaçları sigorta kapsamına aldı. Bugün 28 eyalet, özel sigorta şirketlerinden bu tür bir teminat talep etmektedir (Guttmacher Enstitüsü, 2018). Ekonomik Sağlık Bakımı Yasası (The Affordable Care Act; ACA) -2010 yılında kabul edilen ve birkaç yıl sonra yürürlüğe giren federal sağlık hizmetleri yasası- *tüm* sigorta şirketlerinin sözleşmelerinde gebelik önleyici ilaçların sigorta kapsamına alınmasını gerektiren hükümleri içermektedir. Ancak ABD Kongresi'nin bu yasayı yürürlükten kaldırmaya yönelik planları nedeni ile halihazırda sigorta kapsamında yer alan gebelik önleyici ilaçların geleceği büyük ölçüde risk altındadır.

*egzersizi* olarak adlandırılan bu tür bir davranışsal yaklaşımda erkeğin penisi sertleşene kadar eşi onu elle uyarır. Daha sonra çift sertleşme kaybolana kadar bekler ve ardından yeniden penisin uyarılmasına devam edilir. Boşalma refleksi ortaya çıkmadan birkaç kez bu sıra tekrarlanır, böylece erkek daha önce deneyimlediğinden çok daha uzun bir süre uyarılma deneyimi yaşar (LoPiccolo, 2004, 2002). Sonunda çift, cinsel birleşmeye hazır hâle gelir, kadın cinsel birleşme sırasında boşalma refleksinin yaklaştığını hissettiğinde veya eşi çok fazla uyarıldığında onu durdurduğundan emin olur. Vaka çalışmaları, birçok çiftin 2 veya 3 ay gibi bir sürede herhangi bir duraklamaya gerek kalmadan uzun süreli cinsel birleşmenin tadını çıkarabildiğini göstermektedir (Puppo ve Sharif, 2017; Althof, 2007).

Birçok klinisyen prematür ejakülasyonun tedavisinde serotonin salınımını artıran antideprasan ilaçlar kullanır (Khera ve Cunningham, 2018). Bu ilaçlar genellikle cinsel uyarılmayı veya orgazmı azalttığı için erken boşalan erkekler için etkili bir yöntem olabilmektedir. Birçok çalışmada bu tür bir yaklaşımın olumlu sonuçları olduğu bildirilmektedir (McMahon ve diğ., 2013).

**Geç Boşalma** Geç boşalma için uygulanan tedaviler, performans kaygısını azaltmaya ve uyarılmayı arttırmaya yönelik bazı teknikleri içermektedir (Rowland ve Cooper, 2017; Hartmann ve Waldinger, 2007). Bu türdeki çok sayıda teknikten birinde erkeğe, orgazma ulaşmak için eşinin yanında mastürbasyon yapması veya boşalma refleksi ortaya çıkmadan hemen önce penisini cinsel birleşme için eşinin vajinasına

## #GeceZiyaretleri

İnsanlar bazen uyku sırasında orgazm olurlar. Eski Babilliler, bu tür gece orgazmlarına, erkekleri uykularında ziyaret eden bir "gece hizmetçisinin" ve kadınları ziyaret eden "küçük bir gece erkeğinin" neden olduğunu söylerlerdi (Kahn ve Fawcett, 1003).

yerleştirmeye hazır olacak şekilde mastürbasyon yapması söylenir (Marshall, 1997). Bu, cinsel birleşme sırasında boşalma olasılığını artırır. İlerleyen süreçte, mastürbasyonun daha erken aşamalarında penisi vajinaya yerleştirme talimatı verilir.

Geç boşalma, nörolojik hasar veya yaralanma gibi fiziksel nedenlerden kaynaklandığında tedavide sempatik sinir sisteminin uyarılmasını artıracak ilaçlar kullanılmaktadır (Khera ve Cunningham, 2018). Bununla birlikte bu tür biyolojik tedavilerin etkinliğini sistematik olarak test etmiş az sayıda çalışma bulunmaktadır.

**Kadında Orgazm Bozukluğu** Kadında orgazm bozukluğuna özgü tedaviler arasında bilişsel-davranışçı teknikler, kendini keşfetme, vücut farkındalığını geliştirme ve yönlendirilmiş mastürbasyon eğitimi yer almaktadır (Carpenter ve diğ., 2017; Kingsberg ve diğ., 2017). Hormon tedavisi veya sildenafil (Viagra) kullanımı dâhil biyolojik tedaviler de denenmiştir ancak araştırmaların bu tür tedavilerin yararlı olduğu konusundaki sonuçları arasında tutarsızlıklar söz konusudur (Shifren, 2018; Bradford, 2017).

**Yönlendirilmiş mastürbasyon eğitiminde**, kadına adım adım nasıl etkili bir şekilde mastürbasyon yapılacağı ve sonunda cinsel etkileşimler sırasında orgazma nasıl ulaşılacağı öğretilir. Eğitim, diyagramların ve yazılı materyallerin, özel bir alanda kendi kendini uyarmanın, erotik materyal ve cinsel fantazilerin, nefesini tutma veya pelvis kaslarını kasma gibi "orgazm tetikleyicilerinin", partneriyle duyumlara odaklanma egzersizlerinin ve cinsel birleşme sırasında klitorisin uyarılmasını sağlayan cinsel pozisyonların kullanılmasını içermektedir. Bu eğitim programı oldukça etkili görünmektedir: Bu eğitimle birlikte kadın danışanların yüzde 90'ından fazlası mastürbasyon sırasında, yaklaşık yüzde 80'i partnerleri tarafından okşanırken ve yaklaşık yüzde 30'u cinsel birleşme sırasında orgazm olmayı öğrenmektedir (Bradford, 2017; Laan ve diğ., 2013).

Daha önce de öğrendiğiniz gibi kadının cinsel birleşmeden zevk alması koşuluyla birleşme sırasında orgazm olmaması her zaman bir cinsel işlev bozukluğunun varlığına işaret etmez. Bazı terapistler bu durumda izlenebilecek en akıllıca yaklaşımın, cinsel birleşme sırasında tek endişesi orgazma ulaşamamak olan kadınları eğitmek, onlara bunun oldukça normal olduğu hakkında bilgi vermek ve onlara eğer isterlerse eşleri ile birlikte veya kendi başlarına cinsel birleşme olmadan orgazma ulaşabilmelerini sağlayabilecek yöntemleri öğretmek olduğunu düşünmektedir.

**Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu** Vajinadaki kasların istemsiz kasılmalarına bağlı şekilde gelişen bozukluklara özgü tedaviler tipik olarak iki yaklaşım içermektedir (Shifren, 2018; Meana ve diğ., 2017). İlk olarak bir kadın vajinal kasları üzerinde daha istemli bir kontrol elde edene kadar bu kasları sıkma ve gevşetme egzersizleri yapabilir. İkinci olarak ise penisin vajina içine girmesine ilişkin korkusunun üstesinden gelmesine yardımcı olmak için ev ortamında kendi başınayken ve kendi hızında gittikçe büyüklüğü artan vajinal dilatörlerin kullanılmasını ve son aşaması cinsel birleşmenin gerçekleştirilmesini içerecek şekilde aşamalı maruz bırakma tedavisi uygulanabilir. Bu tür yöntemlerin uygulandığı hastaların çoğu, sonunda ağrısız bir cinsel birleşme yaşayabilmektedir. Bu bozukluğun tedavisinde bazı tıbbi müdahaleler de kullanılmaktadır. Örneğin klinik araştırmacılardan bazıları, vajinal kaslardaki spazmları azaltmaya yardımcı olmak için bu kaslara Botoks enjeksiyonları uygulamaktadır (Fugl-Meyer ve diğ., 2013). Ancak bu yaklaşımın etkisine ilişkin az sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir.

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğunun bir diğer türü cinsel birleşme sırasında yaşanan şiddetli vajinal veya pelvik ağrının tedavisinde ise farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır. Daha önce öğrendiğiniz gibi bu sorunun en yaygın nedenleri arasında ağrıya neden olan yara izleri, lezyonlar veya enfeksiyon sonrası görülen fizyolojik etkiler gibi fiziksel nedenler yer almaktadır. Sorunun nedeni bilindiğinde tedavide çiftlerin yaralı bölgeye baskı uygulamaktan kaçınarak uygulayabilecekleri cinsel birleşme pozisyonlarını öğrenmelerine yardımcı olmayı amaçlayan cinsel terapi teknikleri ve ağrı yönetimi teknikleri (bk. Sayfa 340) gibi teknikler denenebilir (Meana ve diğ., 2017; Fugl-Meyer ve diğ., 2013). Bu tür sorunların tedavisinde, -topikal kremlerden ameliyata kadar- pek çok tıbbi müdahale de denenebilir ancak bu tür müdahaleler tipik olarak, yıllardır süren kaygının ve cinsel uyarılma yokluğunun üstesinden gelebilmek için diğer cinsel terapi teknikleri ile birleştirilerek uygulanmalıdır (Goodman, 2013). Pek çok uzman çoğu durumda, her iki cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğunun da en etkili şekilde jinekolog, fizyoterapist ve cinsel terapi uzmanı veya diğer ruh

**yönlendirilmiş mastürbasyon eğitimi** Uyarılma veya orgazm sorunları olan kadınlara etkili bir şekilde mastürbasyon yapmayı ve sonunda cinsel etkileşimler sırasında orgazma ulaşmayı öğreten bir cinsel terapi yaklaşımı.

**parafililer** Bir kişinin nesnelere, çocuklara, rızası olmayan yetişkinlere yönelik yineleyici ve yoğun bir biçimde cinsel dürtülere, fantezilere veya davranışlara sahip olması veya acı veren veya aşağılamayı içeren deneyimlerle kendini gösteren örüntüler.

**parafili bozukluğu** Bir kişinin parafilisinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olduğu, toplumsal veya mesleki işlevsellikte düşmeye neden olduğu veya kişiyi veya diğerlerini şu anda veya geçmişte zarar görme riskiyle karşı karşıya bıraktığı bir bozukluk.

sağlığı uzmanlarından oluşan profesyonel bir *ekip* tarafından değerlendirilebileceğini ve tedavi edilebileceğini düşünmektedir (Shifren, 2018; Berry ve Berry, 2013).

## Cinsel Terapide Güncel Yaklaşımlar Nelerdir?

Günümüzde cinsel terapi uzmanları, ilk olarak Masters ve Johnson tarafından geliştirilen yaklaşımın çok ötesine geçmiştir. Örneğin günümüzdeki cinsel terapi uzmanları birlikte yaşayan ancak evli olmayan partnerleri de düzenli olarak tedavi etmektedir. Depresyon, mani, şizofreni ve bazı kişilik bozuklukları gibi psikolojik bozukluklardan kaynaklanan cinsel işlev bozuklukları da cinsel terapinin konusu olmuştur (Buehler, 2017). Buna ek olarak cinsel terapistler artık LGBTQ danışanları, ciddi düzeyde ilişki uyumsuzluğu olan bireyleri, yaşlıları, tıbbi hastalığı olan kişileri, fiziksel ve zihinsel engeli olan kişileri veya uzun süreli partneri olmayan bireyleri de hizmet verdikleri kişiler arasına dâhil etmektedir (Cohen ve Savin-Williams, 2017; Hough ve diğ., 2017; Zhou ve Bober, 2017). Ayrıca cinsel terapistler, bazen *kalıcı cinsellik bozukluğu, hiperseksüalite* veya *cinsel bağımlılık* olarak adlandırılan ve cinselliğe karşı aşırı ilgiyi içeren örüntülere de ilgi göstermekte (Hallberg ve diğ., 2017) ancak bu tür örüntüler DSM-5'te bir bozukluk olarak sınıflandırılmamaktadır.

Çok sayıda cinsel terapi uzmanı, özellikle düşük cinsel istek ve sertleşme bozukluğu ile kendini gösteren bozukluklar olmak üzere cinsel işlev bozuklukları için ilaç tedavisi ve diğer tıbbi müdahalelerdeki keskin artışla ilgili endişelerini dile getirmektedir. Endişeleri, terapistlerin biyolojik müdahaleleri giderek daha fazla seçecek olması yönündedir. Aslında herhangi bir türden dar bir bakış açısını içeren bir yaklaşım, cinsel soruna neden olan çeşitli türdeki kompleks etkenlerin çoğunun tam anlamıyla ele alınamamasına neden olabilir (McCharty ve Wald, 2017). Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde bütünsel bir yaklaşımın önemli avantajları olduğunu fark etmeleri cinsel terapi uzmanlarının yıllarını almıştır. Yeni tıbbi müdahalelerin geliştirilmiş olması, bütünsel yaklaşımların terk edilmesine neden olmamalıdır.

### #BölünmüşDikkat

Araştırmalara göre, her 10 kişiden 1'i cinsel birleşme sırasında cep telefonu kullandığını bildirmektedir (Archer, 2013).

### ...ÖZETLE

**CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TEDAVİLER** 1970'lerde William Masters ve Virginia Johnson'ın çalışmaları cinsel terapinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Günümüzde cinsel terapi; çeşitli bilişsel, davranışsal, çift ve aile sistemi terapileri yaklaşımlarının bir birleşimini içermektedir. Cinsel terapinin bileşenleri arasında genellikle ayrıntılı değerlendirme, eğitim, karşılıklı sorumluluğu kabul etme, tutum değişiklikleri, duyumlara odaklanma egzersizleri, iletişimde iyileştirmeler ve çift terapisi yer almaktadır. Ayrıca cinsel işlev bozukluklarının her birine özgü teknikler geliştirilmiştir. Cinsel işlev bozuklukları için biyolojik tedavilerin kullanımı da artmaktadır.

## Parafili Bozuklukları

Parafililer, insanların yineleyici bir biçimde yoğun cinsel dürtülere veya cinsel fantezilere sahip oldukları veya olağan cinsel normların dışındaki nesneleri veya durumları içeren cinsel davranışları sergilediği örüntülerdir. Örneğin cinsel odak, cansız nesnelere yönelmiş olabilir veya acı ya da aşağılama deneyimini içerebilir. Parafilisi olan birçok insan, yalnızca parafilik bir uyaran mevcut olduğunda, bu tür bir uyaran hakkında hayal kurduğunda veya bu uyaran sonucunda harekete geçtiğinde cinsel uyarılma yaşayabilir. Bazı insanlar ise bu tür bir uyarana yalnızca stresli zamanlarında veya diğer bazı özel durumlarda ihtiyaç duyar. Parafilisi olan bazı insanlarda bu duruma başka bir tür parafili de eşlik edebilmektedir. Parafili içeren pornografinin geniş bir tüketici pazarı olması ve cinsel içerikli mesajlaşma ve siberseks gibi artan eğilimler klinisyenlerin parafililerin daha önce düşünülenden çok daha yaygın olabileceğinden şüphelenmelerine yol açmaktadır (bk. bir sonraki sayfadaki ***Akıl ve Teknoloji***).

İnternetteki cinsel materyallerdeki bolluk, psikolojik olarak sağlıklı mıdır yoksa zarar verici midir?

DSM-5'e göre **parafili bozukluğu** tanısı, parafililer bir kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybına neden olduğunda *veya* parafililerin tatmini, kişiyi veya diğer

TABLO: 11-5

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Parafili Bozukluğu**

1. En az 6 ay boyunca kişi yineleyici ve yoğun bir biçimde cinsel uyarılmayı tetikleyen cinsel düşlemler, dürtüler veya olağan cinsel normların dışındaki nesneleri veya durumları içeren davranışlar (insan olmayan nesneler, vücudun cinsel organlar dışında kalan bölgeleri, kendisinin veya partnerinin acı çekmesi veya aşağılanması, veya çocuklar veya rıza göstermeyen diğer kişiler) sergiler.
2. Kişi, bu cinsel fantaziler, dürtüler veya davranışlar nedeni ile klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlev kaybı yaşar. (Bazı parafilik bozukluklar -pedofili bozukluğu, sürtünmecilik bozukluğu ve cinsel sadizm bozukluğu- parafilik davranışlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlev kaybına yol açmasa bile bir bozukluk olarak değerlendirilir.)

Bilgi kaynağı: APA, 2013

AKIL VE TEKNOLOJİ

## "Cinsel İçerikli Mesajlaşma": Sağlıklı mı Yoksa Patolojik mi?



"Cinsel içerikli mesajlaşma", cep telefonları veya diğer dijital cihazlar arasında cinsel içerikli mesajların -özellikle fotoğraf veya metin mesajlarının- gönderilmesidir (Moreno, 2018). "Cinsel içerikli mesajlaşma" terimi, 2005 yılında kullanılmaya başlamıştır.

Yaklaşık 6.000 bekar yetişkinin katıldığı bir ankette, cep telefonu kullanıcılarının yüzde 21'inin yazılı olarak cinsel içerikli mesajlar gönderdiği ve yüzde 16'sının kendisinin cinsel olarak ifşa edilmiş bir fotoğrafını mesaj olarak gönderdiği görülmüştür. Madalyonun diğer tarafında, kullanıcıların yüzde 28'i başkaları tarafından kendilerine yazılı olarak cinsel içerikli mesaj gönderildiğini ve yüzde 23'ü ise cinsel içerikli fotoğraf gönderildiğini bildirmiştir (Madigan ve diğ., 2018; Garcia ve diğ., 2016). Genel olarak tüm insanların yarısı kendilerine gönderilen cinsel içerikli görüntüleri ve kısa mesajları saklıyor ve bu kişilerin dörtte biri -erkekler kadınlardan çok daha fazla olmak üzere- kendilerine gönderilen cinsel içerikli fotoğrafları başka kişilerle de paylaşıyor (Strassberg ve diğ., 2017, 2013; McAfee, 2014).

Peki, bu naif bir davranış mıdır? Maalesef her zaman değil. Cinsel içerikli mesajlaşanların çoğu bu eylemin yasal, sosyal, mesleki veya kişisel sorunlara yol açabileceğinin farkında olduklarını söylüyor (Garcia ve diğ., 2016). Ayrıca cinsel içerikli görüntülerin bazen intikam almak isteyen eski arkadaşlar veya eski sevgililer tarafından tüm dünyanın görmesi için sosyal medyada bir "intikam pornosu" olarak da paylaşılabildiğinin farkındalar (LeBlanc, 2017). Cinsel içerikli mesajlaşanların büyük bir çoğunluğu genç yetişkinlerden (18 ila 24 yaş arası) oluşmakta (Englander ve McCoy, 2018) ve bu davranış, kadınlara göre erkeklerde 3'te 2 oranında daha fazla görülmektedir (Frankel ve diğ., 2018).

Cinsel içerikli mesajlaşma anormal bir duruma işaret eder mi? Bu sorunun cevabı, duruma göre değişir. Kuşkusuz, cinsel içerikli mesajlar gönderen bazı insanlar -özellikle de bu tür mesajları rızası olmayan kişilere gönderenler-, kişinin cinsel organlarını başkalarına göstermeye yönelik dürtülerine göre hareket ettiği parafilik bir örüntü ile kendini gösteren *göstermecilik bozukluğu* tanı kriterlerini karşılamaktadır. Bu tür kişilerin yüzde 16'sı, cinsel içerikli görüntüleri kendilerine tamamen yabancı olan kişilere gönderiyor ve diğer göstermecilik biçimlerinde de olduğu gibi, cinsel içerikli mesajlaşma da bu tür mesajların kendilerine gönderilmesi konusunda rızası olmayan kişiler için psikolojik bir strese neden olabilmektedir.

**Cinsel alan dışındaki hangi mesajlaşma etkinliklerinin, nasıl ve ne zaman yapıldığına bağlı olarak olumsuz veya olumlu psikolojik etkileri olabilir mi?**

Cinsel içerikli mesajlaşmanın, psikolojik veya ilişki sorunlarını yansıtabilen başka yönleri de var (Weisskirch ve diğ., 2017; Drouin ve Landgraff, 2012). Bir araştırmaya göre yabancılara veya diğer rıza göstermeyen kişilere cinsel içerikli mesaj gönderen kişilerin bağlanma veya yakınlık kurma ile ilgili genel sorunları olması diğer insanlara göre daha olasıdır. Buna ek olarak araştırmalarda cinsel içerikli mesajlaşma (evli olan ya da tek eşli ilişkisi olan kişiler tarafından gerçekleştirildiğinde) genellikle bir sadakatsizlik örneği olarak nitelendirilmektedir. Bazı psikologlar, fiziksel temas içermiyor olsa bile cinsel içerikli mesajlaşmanın başlı başına bir sadakatsizlik biçimi olduğuna inanmaktadır. Bu tür mesajlaşmalar, bazı durumlarda boşanma gerekçesi olarak görülmektedir (Cable, 2008).

Madalyonun diğer tarafında ise bazı araştırmalara göre cinsel içerikli mesajlaşma yapıcı bir aktivite de olabilmektedir (Drouin, Coupe ve Temple, 2018; McDaniel ve Drouin, 2015; Wiederhold, 2015). Birçok çift, ilişkilerine farklı bir boyut kazandırmak için bu tür mesajları kullanmaktadır. Anketlere göre tüm çiftlerin yarısından fazlası partnerlerine en az bir kez cinsel içerikli fotoğraf veya yazılı olarak mesaj göndermiş, çiftlerin üçte biri ise bunu birden fazla kez yapmıştır. Araştırmalar, bunun genellikle yüz yüze romantik ilişkiyi geliştirdiğini, çiftler arasındaki bağı güçlendirdiğini ve ilişkide cinsel doyumu artırdığını göstermektedir.




Richard Levine/Alamy

**Cinsel içerikli mesajlaşmaya ün kazandırmak** 2011 ve 2016 yıllarında kendisi tarafından gönderilmiş cinsel içerikli mesajlardan bazı bölümlerin medyada yer almasından sonra eski New York kongre üyesi Anthony Weiner, önce bu görevinden istifa etmek ve sonraki süreçte ise siyasi hayattan tamamen çekilmek zorunda kalmıştır.

insanları, şu anda veya geçmişte zarar görme riski ile karşı karşıya bıraktığında konabilir (APA, 2013) (bk. **Tablo 11-5**). Ancak örneğin çocuklarla cinsel etkinliklerde bulunan kişiler, davranışlarından rahatsız olsalar da olmasalar da *pedofili bozukluğu* tanısı alır. Çocuklara veya rıza göstermeyen yetişkinlere yönelik bir parafili bozukluğu olan kişiler, genellikle uygunsuz eylemlerinden kaynaklanan yasal sorunların bir sonucu olarak tedaviye gelirler (Brown, 2017).

İlerleyen bölümlerde de göreceğiniz gibi kuramcılar tarafından parafili bozukluklarına yönelik çeşitli türde açıklamalar getirilmiş olmasına rağmen bu açıklamaları

destekleyebilecek kanıtlar sunan çok az sayıda çalışma vardır (Martin ve Levine, 2018). Dahası, bu bozukluklarda uygulanan pek çok tedaviden hiçbiri hakkında çok fazla araştırma yapılmamış veya bu tedavilerin etkili olduğu açık bir şekilde kanıtlanmamıştır (Thibaut ve diğ., 2016). Psikolojik ve sosyokültürel tedaviler, bu bozukluklar için uzun süredir var olan tedavi yaklaşımlarıdır ancak günümüzde uzmanlar, bu bozuklukların tedavisinde biyolojik müdahaleleri de kullanmaktadır.

Bazı hekimler bu tür bozuklukların tedavisinde erkek cinsiyet hormonu tertosteronun salınımını ve cinsel dürtüyü azaltan *antiadrojen* ilaçları kullanmaktadır (Turner ve diğ., 2017). Antiandrojenlerin birçoğu parafilik örüntüleri azalttığı gibi aynı zamanda normal cinsel duyguları ve davranışları da azaltabilmektedir (Thibaut ve diğ., 2016, 2010). Bu nedenle bu tür ilaçlar öncelikli olarak, parafili bozuklukları bireylerin kendileri veya diğer insanlar için tehdit oluşturması koşulunda tercih edilmektedir. Aynı zamanda klinisyenler, diğer türdeki kompulsiyonları azaltmada etkili olmalarını göz önüne alarak serotonin salınımını arttıran antideprasan ilaçları, bu tür kompulsiyon benzeri cinsel davranışların azaltılmasında da etkili olabileceğini düşünerek tedavide giderek daha fazla tercih etmeye başlamıştır (Anupama ve diğ., 2016).

Çeşitli türdeki parafili bozukluklarını incelemeye geçmeden önce bir uyarıda bulunmakta yarar vardır. Bu bozuklukların tanımı, cinsel işlev bozuklukları gibi ortaya çıktıkları toplumun belirli normlarından güçlü bir şekilde etkilenir (Fuss, Briken ve Klein, 2018). Bazı klinisyenler, diğer insanlara zarar vermedikçe en azından bazı parafilik davranışların hiçbir şekilde bozukluk olarak görülmemesi gerektiğini savunmaktadır (Joyal, 2017, 2015; Giami, 2015). Özellikle cinsel bozukluklarla ilişkili damgalama ve birçok insanın bu tür bir soruna sahip olduklarına inandıklarında kendilerinden nefret etme eğilimi gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda hem kendimizi hem de başkalarını bu şekilde etkilemek konusunda çok dikkatli olmalıyız. Yıllar boyunca klinisyenlerin eş cinselliği bir parafili bozukluğu olarak gördüklerini ve onların bu yargılarının eş cinsellere karşı uygulanan yasal yaptırımları hatta polisin onlara karşı olan davranışlarını haklı çıkarmak için kullanıldığını unutmayın. Ancak 1987'de eş cinsel hakları hareketinin toplumun eş cinselliğe bakış açısını ve eş cinselliğe yönelik tutumlarını değiştirmeye başlaması ile birlikte klinisyenler de bu durumu resmî olarak bir bozukluk olarak görmeyi bırakmış ve eşcinsellik tanı kategorisini DSM'den tamamen çıkarmıştır. Tüm bunlara rağmen daha önce Bölüm 1'de de okuduğunuz gibi birçok klinisyen yıllarca eşcinsellerin cinsel yönelimlerini "düzeltmek" için *dönüştürme* veya *onarım terapisi* adlı müdahale yöntemlerini önermeyi ve bu tür bir terapiyi uygulamayı sürdürmüştür. Bu süreçte klinik alan farkında olmayarak geleneksel normlardan farklı olan kişiye özgü cinsel davranışları nedeniyle milyonlarca insanın işkenceye maruz kalmasına, kaygılanmasına ve aşağılanmasına katkıda bulunmuştur.

## Fetişizm Bozukluğu

Görece yaygın bir parafili bozukluğu da **fetişizm bozukluğudur.** Bu bozukluğun temel özellikleri, yineleyici biçimde yoğun cinsel dürtüler, cinsel uyarılmayı sağlayan cinsel fantaziler veya genellikle diğer tüm uyaranları dışarıda bırakacak şekilde yaşamayan (cansız) bir nesnenin veya cinsel organlar dışında kalan vücut bölgelerinin kullanımını içeren davranışlardır (APA, 2013). Genellikle erkeklerde kadınlardan çok daha yaygın olan bu bozukluk, ergenlik döneminde başlamaktadır. (Martin ve Levine, 2018). Hemen hemen her şey bir fetiş nesnesi olabilir, özellikle kadın iç çamaşırı, ayakkabısı ve çizmeleri yaygın olarak kullanılan fetiş nesneleridir. Bu bozukluğa sahip bazı insanlar, mümkün olduğunca çok miktarda istek uyandıran nesneyi toplamak için hırsızlık yapar. Bu nesneler mastürbasyon sırasında dokunma, koklama, üzerine giyme veya başka şekillerde kullanılabilir veya kişi cinsel etkinlikler sırasında partnerinin bu nesneleri giymesini isteyebilir (Bressert, 2017). Bu özelliklerden bazıları, annesi Kiara tarafından altı aydır fetişizm bozukluğu olduğu fark edilen ergenlik dönemindeki Jaylen'de görülmektedir:

*[Kiara], [Jaylen'ın] kadın ayakkabılarına olan cinsel ilgisini ilk kez altı ay önce fark ettiğini bildirdi. Jaylen sürekli ortadan kaybolmaya başlamış ve [bir gün Kiara] onu merdivenlerde bir kadın komşunun ayakkabılarını elinde tutarken bulmuştu. O anda [Kiara], [Jaylen'in] annesinin varlığını bile fark etmeyecek kadar büyülenmiş bir şekilde ayakkabıları ovuşturup kokladığına şahit olmuştu ... [Kiara] ayrıca [Jaylen'in] apartmanın içinde giderek daha fazla zaman geçirmeye başladığını, dışarı çıkmaktansa komşunun ayakkabılarını alıp zemin kata gittiğini fark etti. Bir hafta sonra [Jaylen] komşunun alışveriş torbalarını evine kadar taşımasına yardım etti. Görünürde normal bir ziyaret olan bu ziyaretten sonra komşu, ayakkabılarının eksik olduğunu fark etti. İlk önce [Kiara] [oğlu] ile konuşmaya çalıştı ama o tedirgin oldu ve bu konuda konuşmak istemedi. Birkaç hafta sonra Kiara kendi ayakkabılarının da eksik olduğunu fark etti... Daha sonra anne [Jaylen]'i takip etmeye başladı ve onun geceleri kalkıp ayakkabılarına dokunduğunu ve kokladığını fark etti.*

*(Sonraki sayfada devam ediyor.)*

### #ÖzlüSözler

"Sertleşmeyi esas olarak, scuraum, deve dikenleri, tere, crymon, yabani havuç, enginar, şalgam, kuşkonmaz, şeker kaplı zencefil, toz hâline getirilip çürütülen ve büyük bir zevkle misket şarabı olarak içilen meşe palamudu, taze soğan, deniz kabuğu vb. sağlar."

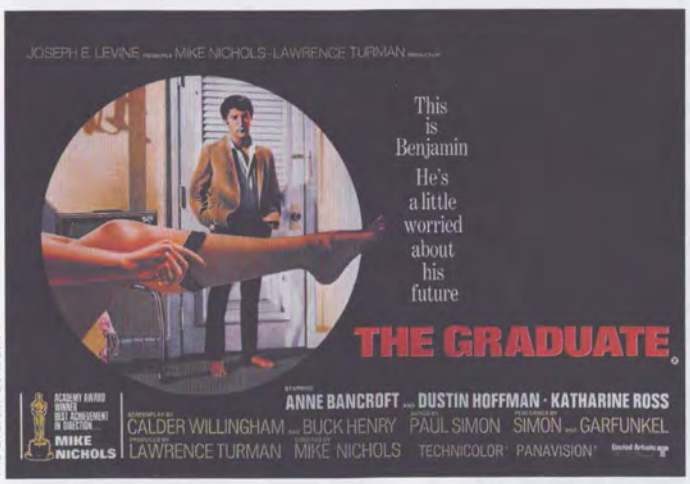
*Aristotales'in Başyapıtı, 1684*

**fetişizm bozukluğu** Genellikle diğer tüm uyaranların dışında kalan, yaşamayan (cansız) bir nesnenin veya cinsel organlar dışında kalan vücut bölgelerinin kullanımını içeren, klinik olarak belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybının eşlik ettiği yineleyici ve yoğun cinsel dürtüler, cinsel düşlemler veya davranışlardan oluşan parafili bozukluğu.

> *[Kiara] onun bu davranışlarının cinsel bir doğası olduğunu başlarda anlamamıştı ve ayakkabılara karşı takıntılı bir ilgisi olduğunu düşünü yordu. [Ancak bir gün] banyoya girdi ve oğlunu mastürbasyon yaparken ayakkabısını elinde tutup ovuştururken buldu. Onun ayakkabılara olan bu ilgisinin cinsel bir doğası olduğunu ilk kez o an fark etti. Daha sonra cep telefonunda bazı videolar buldu. Bu videolarda [Kiaara'nın kendi] çıplak ayakları da dâhil olmak üzere pek çok kadınının ayakkabılı veya ayakkabısız ayak görüntüleri vardı. Bu videolardan düzinelerce vardı ve çoğu dört ay öncesine aitti.*
>
> *(Coşkun ve Öztürk, 2013, s. 1999)*

Araştırmacılar fetişizm bozukluğunun nedenlerini tam olarak saptayamamıştır. Psikodinamik kuramcılar, fetişleri insanların normal cinsel temastan kaynaklanan endişeden kaçınmalarına yardımcı olan savunma mekanizmaları olarak görürler. Bununla birlikte, bu sorun için psikodinamik tedavinin etkisi oldukça az olmaktadır (Martin ve Levine, 2016).

Fetişleri öğrenilmiş davranışlar olarak gören bilişsel-davranışçı kuramcılar, fetişlerin klasik koşullanma yoluyla edinildiğini öne sürmektedir (Martin ve Levine, 2018). Öncü bir davranışsal çalışmada erkek katılımcılara çıplak kadın fotoğraflarıyla birlikte kadın çizmelerinin de yer aldığı bir dizi slayt gösterilmiştir (Rachman, 1966). Birçok denemeden sonra katılımcılarda cinsel uyarılmanın yalnızca çizme fotoğraflarıyla tetiklendiği görülmüştür. Erken cinsel deneyimlerin de benzer şekilde belirli nesnelerin varlığında gerçekleşmiş olması, belki de fetişlerin ilerleyen dönemlerdeki gelişimine zemin hazırlıyor olabilir.




The Everett Collection

**Bayan Robinson'un çorapları** 1967 yapımı *Mezun* (The Graduate) filmi, anlam arayan genç bir adamın kişisel kafa karışıklığına, ilgisizliğine ve cinsel maceralarına odaklanarak bir neslin tanımlanmasına yardımcı olmuştur. Pazarlamacılar filmi, afişinde filmle sonsuza kadar özdeşleşmiş bir sahne olan Benjamin'in Bayan Robinson'un çoraplarına gözünü diktiği fetişist benzeri sahnenin fotoğrafını kullanarak tanıtmıştır.

Bilişsel-davranışçı terapistler bazen fetişizm bozukluğunun tedavisinde *itici uyaranla terapi* yöntemini kullanmaktadır (Thibaut ve diğ., 2016; Plaud, 2007). Ünlü bir çalışmada bu bozukluğa sahip katılımcıların arzu nesnelerini hayallerinde canlandırdıkları sırada kollarına veya bacaklarına elektrik şoku verilmiştir (Marks ve Gelder, 1967). 2 hafta süren tedaviden sonra çalışmadaki tüm erkekler en azından bir miktar iyileşme göstermiştir. Başka bir itici uyaranla terapi yöntemi olan *gizli duyarlılaştırmada* ise fetişizm bozukluğu olan kişilerden kendilerine zevk veren nesneyi *hayallerinde canlandırmaları* ve bu görüntüyü, cinsel zevk nesnesi artık istek uyandırmayana kadar yine *hayallerinde canlandırdıkları* bir rahatsız edici uyaranla tekrar tekrar eşleştirmeleri istenir.

Fetişizm bozukluğu için uygulanan bir başka bilişsel-davranışçı tedavi, *mastürbasyonel doygunluktur* (Thibaut ve diğ., 2016; Plaud, 2007). Bu yöntemde danışan, cinsel açıdan uygun bir nesne hakkında cinsel fanteziler kurarken orgazma ulaşmak için mastürbasyon yapar, ardından tekrar mastürbasyon yaparken fetiş nesnesi hakkında ayrıntılı olarak cinsel fantezi kurmaya başlar ve bir saat boyunca bu fetiş nesnesine yönelik fantazisine devam eder. Bu yöntemde fetiş nesnesine yönelik fanteziler sırasında mastürbasyon süresinin uzatılmasıyla bir süre sonra fetiş nesnesi ile bağlantılı hâle gelen bir can sıkıntısı yaratmak amaçlanmaktadır.

## Travesti Bozukluğu

**Transvestizm** veya **karşıgiyim** olarak da bilinen **travesti bozukluğu** olan bir kişi cinsel fanteziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösteren, karşı cinsiyete özel kıyafetleri giymekten yineleyici biçimde ve yoğun bir cinsel uyarılma hisseder (APA, 2013). Bir kişinin travesti bozukluğu tanısını alabilmesi için, bu karşıgiyim ihtiyacının ve davranışlarının klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya işlev kaybına neden olması gerekmektedir. Neredeyse her zaman heteroseksüel bir erkek olan bu bozukluğa sahip tipik bir kişi, karşıgiyim davranışlarını ilk kez çocuklukta veya ergenlikte sergilemeye başlar (Brown, 2017; Thibaut ve diğ., 2016). Günlük yaşamda baskın bir erkek gibi görünebilir ve karşıgiyim davranışlarını genellikle yalnız olduğu bir ortamda gerçekleştirir. Bu tür erkeklerin küçük bir yüzdesi barları veya sosyal kulüpleri ziyaret etmek için karşı cinsiyete özel kıyafetler giyer. Bazıları erkeksi kıyafetlerinin altına iç çamaşırı veya çorap gibi tek bir kadın kıyafeti giymeyi tercih eder bazıları ise makyaj yapar ve

tamamen kadın gibi giyinir. Travesti bozukluğu olan evli erkeklerden bazıları, eşlerini de bu karşıgiyim eylemlerine dahil etmektedir.

Travesti bozukluğu sıklıkla *transseksüel* duygu ve davranışlarla karıştırılır ancak göreceğiniz gibi bunlar yalnızca bazı kişilerde örtüşebilen aslında iki ayrı örüntüdür. Daha ayrıntılı olarak bakıldığında travesti bozukluğu, belirli kişilerin karşı cinsiyete özel kıyafetleri giydiklerinde hissettikleri cinsel uyarılma ile ilgilidir oysa transeksüellik, bir kişinin kendisinin olduğunu düşündüğü cinsiyetle ilgilidir.

Fetişlerde de olduğu gibi bilişsel-davranışçı kuramcılar, karşıgiyimin sağladığı uyarılmayı ve buna yönelik davranışları, çoğunlukla klasik koşullanma yoluyla elde edilen öğrenilmiş tepkiler olarak görürler. Yani erken cinsel deneyimlerin merak, oyun vb. nedenlerle kişi karşı cinsiyete özel kıyafetleri giydiğinde meydana gelmiş olması, yaşamın ilerleyen dönemlerinde karşıgiyime bağlı uyarılma ve ilgili tepkilerin gelişimine zemin hazırlayabilir. Ancak bu açıklama, az sayıda vaka çalışması veya araştırma ile desteklenmiştir (Anupama ve diğ., 2016).


Darren McCollester/Getty Images

**Eğlence bağlamı** Karşı cinsiyete özel kıyafetleri giyiyor olmak, her zaman bir parafiliye işaret etmez. Burada, erkek öğrencilerin kadın gibi giyinerek sahnelediği müzikallerle tanınan Harvard Üniversitesi'nin öğrenci tiyatro kulübü Hasty Pudding Theatricals'ın iki erkek üyesi, aktris Kerry Washington'a bir öpücük veriyor. Washington, 2016'da kulübün Yılın Kadını Ödülü'nü almıştır.

## Göstermecilik Bozukluğu

**Göstermecilik (teşhircilik) bozukluğu** olan bir kişi fanteziler, dürtüler veya davranışlar olarak kendini gösteren, beklemeyen bir kişiye cinsel organlarını göstermekten yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel uyarılma yaşar (APA, 2013). Çoğu zaman, kişi mağdurla temas içeren cinsel etkinliklerde bulunmak yerine onlarda şok veya şaşkınlık yaratmak ister. Göstermecilik bozukluğu olan bir kişi bazen belirli saatlerde belirli bir bölgede cinsel organlarını sergiler. 2.800 erkeğin katıldığı bir ankette, katılımcıların yüzde 4,3'ü bu tür davranışlar sergilediklerini bildirmiştir (Långström ve Seto, 2006). Aynı zamanda tüm kadınların üçte biri ila yarısı, bir göstermecinin veya teşhirci olarak da adlandırılan bir kişinin eylemine tanık olduğunu veya bu kişilere doğrudan maruz kaldığını söylemiştir (Marshall ve diğ., 2008). Kişinin cinsel organlarını başkalarına gösterme dürtüsü, boş vakitlerinde veya önemli düzeyde bir stres yaşadığı dönemlerde genellikle daha güçlü hale gelmektedir.

Göstermecilik bozukluğu sıklıkla 18 yaşından önce başlamakta ve her zaman olmasa da genellikle erkekler arasında görülmektedir (Brown, 2017; Thibaut ve diğ., 2016). Bazı araştırmalar, bu bozukluğa sahip kişilerin ilişkilerinde genellikle duygusal olarak olgunlaşmamış (immature) bir yapı gösterdiği ve kişiler arası ilişkilerde birtakım güçlükler yaşadığını göstermektedir (Marshall ve diğ., 2008; Murphy ve Page, 2006). Bu kişilerin yaklaşık yüzde 30'u evli ve yüzde 30'u boşanmış ya da ayrılmış kişilerdir ve eşleriyle gerçekleştirdikleri cinsel etkinlikler onlar için genellikle tatmin edici değildir (Brown, 2017; Doctor ve Neff, 2001). Birçoğunun erkeklikleriyle ilgili şüpheleri veya korkuları vardır ve bu kişilerden bazılarının sahiplenici bir anneyle güçlü bir bağı bulunmaktadır. Diğer parafili bozukluklarında olduğu gibi bu bozukluğun tedavisi de genellikle itici uyaranla terapi, mastürbasyonel doygunluk, sosyal beceri eğitimi gibi yaklaşımları ve bir tür içgörüye yönelik terapi yaklaşımını içermektedir (Marshall ve Marshall, 2016; Thibaut ve diğ., 2016).

## Gözetlemecilik Bozukluğu

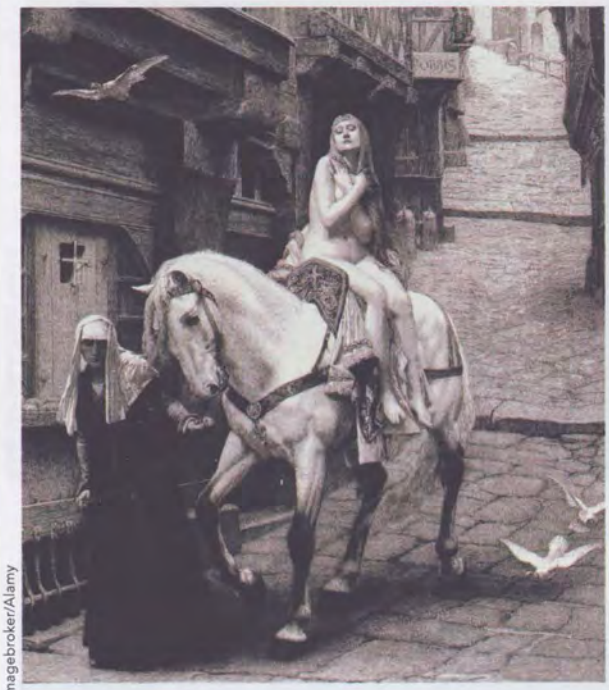
**Gözetlemecilik bozukluğu** olan bir kişi, kendi bunu bilmeyen bir kişiyi çıplak, soyunurken veya cinsel etkinlikte bulunurken gözetlemekten yineleyici bir biçimde ve yoğun bir cinsel uyarılma yaşar. Diğer parafili bozukluklarında da olduğu gibi bu uyarılma fanteziler, dürtüler veya davranışlar ile kendini gösterir (APA, 2013). Bozukluk genellikle 15 yaşından önce başlar ve daha sonraki dönemlerde de devam etme eğilimindedir.

Gözetlemecilik bozukluğu olan bir kişi, gözetleme eylemi sırasında veya daha sonra gerçekleştirdiği bu eylemi düşünürken mastürbasyon yapabilir ancak genellikle doğrudan gözetlediği kişi ile cinsel etkinlikte bulunmaya yönelik herhangi bir çaba göstermez (Brown, 2017). Gözetlenen kişilerin savunmasızlığı ve gözetlendiklerini bilselerdi

**travesti bozukluğu** Karşı cinsiyete özel kıyafetleri giymeyi içeren yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel dürtüler, düşlemler veya davranışlardan oluşan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybının eşlik ettiği bir parafili bozukluğu. *Transvestizm* veya *karşıgiyim* olarak da bilinir.

**göstermecilik bozukluğu** Kişilerin cinsel organlarını başkalarına göstermeye yönelik yineleyici bir biçimde cinsel dürtülere veya düşlemlere sahip olduğu ve rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

**gözetlemecilik bozukluğu** Bir kişinin kendi bunu bilmeyen bir kişiyi soyunurken veya cinsel birleşme yaşayan bir çiftti gizlice gözetlemeye yönelik yineleyici bir biçimde ve yoğun bir cinsel isteğe sahip olduğu, rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.



Imagebroker/Alamy

**Lady Godiva ve "röntgenci"** Efsaneye göre Lady Godiva, (1890 yılına ait bu ilistürasyonda gösterilmektedir.) kocası Mercia kontunu şehrin yoksullarından vergi almayı bırakmaya ikna etmek için İngiltere'nin Coventery şehrinin sokaklarında çıplak bir şekilde geziyordu. On birinci yüzyıldaki bu gezintisi sırasında halka tüm panjurlarını kapatıp evlerinde kalmaları emredilmiş olsa da Tom adlı bir terzi "cinsel merakını kontrol edemedi ve Lady Godiva'nın geçişini izlemek için panjurunda bir delik açtı". O zamandan beri "röntgenci" terimi gözetlemecilik bozukluğu olan insanlara atıfta bulunmak için kullanılmaktadır.

kendilerini aşağılanmış hissedecek olmaları olasılığı genellikle alınan zevkin bir parçasıdır. Ayrıca 25 yaşındaki Sam'in bir görüşme sırasında bozukluğunu tanımlama biçiminden de görebileceğiniz gibi yakalanma riski bu kişilerin gözetleme eyleminden aldıkları zevki daha da artırmaktadır:

> *Kız arkadaşlarım oldu ama bu aynı şey değil. Bu ilişkiler ilk baştabana eğlenceli geliyor ama sonra sıkılıyorum. Başkalarını gözetlediğimde hissettiğim o heyecanı, ilişkilerde asla hissedemiyorum.*
>
> *En çok zevk aldığım anlar, komşumun erkek arkadaşlarından biriyle birlikte olurken ya da belki aşağı katta yaşayan Zoe'nin kıyafetlerini değiştirmesini izlediğim anlar. Hiçbiri perdelerini tam olarak kapatmıyor, bu yüzden çimlerin üzerinde doğru bir konum bulursam her zaman odalarının içini görebileceğim küçük bir açı yakalayabiliyorum. Bazen daha önce izlemediğim birini bulmak için yürüyüşe çıkıyorum.*
>
> *Onları izlediğim o anları daha sonra düşündüğümde de zevk alıyorum, özellikle de yakalanmama ramak kalmışsa. Ne kadar büyük bir risk aldığımın farkındayım ve bu kalbimi harekete geçiriyor ve vücudumun geri kalan kısmını da. Bazen o anları tekrar düşünürken özellikle zar zor kaçabildiğim hatta fark edildiğim ile ilgili bazı detaylar uyduruyorum, bu da aldığım zevki daha da artırıyor. Elbette gerçekten yakalansam bu kötü olurdu.*

Göstermecilik gibi gözetkemecilik de genellikle cinsel fanteziler için cinsel bir zevk kaynağıdır; bu, aynı zamanda kişinin partneri gözetlemecilik benzeri davranışlara rıza gösterirse normal cinsel etkileşimlerde de bu tür bir rol oynayabilir. Gözetlemecilik bozukluğunun klinik görünümü, diğer insanların mahremiyetinin tekrar tekrar ihlal edilmesiyle belirgindir. Bu bozukluğa sahip bazı kişiler normal cinsel birliktelikler kuramazlar, bazı kişilerin de bu bozukluğu dışında aslında normal bir cinsel yaşamları vardır.

Pek çok psikodinamik yönelimli klinisyen, gözetlemecilik bozukluğu olan kişilerin, büyük olasılıkla kendilerini yetersiz hissetmeleri veya cinsel ya da sosyal açıdan utangaç olmaları nedeniyle bu tür eylemleri gerçekleştirerek başkaları üzerinde güç kazanmaya çalıştıklarını ileri sürmektedir (Pfäfflin, 2016). Bilişsel-davranışçı kuramcılar ise bu bozukluğu, cinsel uyarılmayı tetikleyen bir sahnenin gizli bir şekilde gözetlenmesine dayanan öğrenilmiş bir davranış olarak açıklar (Lavin, 2008). Buna göre mastürbasyon yaparken bu tür sahneleri birkaç kez gizli bir şekilde izleyen kişi, gözetlemecilik örüntüsü geliştirebilir.

## Sürtünmecilik Bozukluğu

**Sürtünmecilik bozukluğu** olan bir kişi, rıza göstermeyen bir kişiye dokunmaktan veya sürtünmekten yineleyici bir biçimde ve yoğun bir cinsel uyarılma yaşar. Uyarılma, diğer parafili bozukluklarında da olduğu gibi fantaziler, dürtüler veya davranışlar şeklinde kendini gösterebilir. Sürtünme (Aslında frotteuristic kelimesi Fransızca bir kelime olan *frotter*, "sürtmek" kelimesinden gelmektedir.) genellikle metro veya işlek bir cadde gibi kalabalık bir yerde gerçekleştirilir (Guterman, Martin ve Rudes, 2011). Neredeyse her zaman bir erkek olan bu tür kişiler, cinsel organlarını mağdurun kalçasının aşağısında kalan bölgelere veya kalçalarına sürtebilir veya mağdurun cinsel bölgesini veya göğüslerini elleyebilir. Bu kişiler sıklıkla, eylem sırasında mağdurla şefkatli bir ilişki yaşadığını hayal eder. Bu parafili genellikle ergenlik döneminde veya daha önceki bir dönemde başkalarının bu tür bir sürtünme eylemi gerçekleştirdiğinin gözlemlenmesinden sonra başlar. Yaklaşık olarak 25 yaşından sonra bu tür eylemlerin sıklığı yavaş yavaş azalır ve sıklıkla son bulur (APA, 2000).

## Pedofili Bozukluğu

**Pedofili bozukluğu** olan bir kişi, çocuklara karşı onlarla fiziksel olarak eşit ya da onlardan daha olgun olan kişilere göre daha fazla bir cinsel uyarılma yaşar. Bu uyarılma fanteziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösterir (APA, 2013). Bu bozukluğa sahip kişiler ergenlik öncesi çocuklara, ergenlik dönemindeki çocuklara veya

her ikisine birden ilgi duyabilir. Bazıları çocuk pornografisinden veya çocukların iç çamaşırı reklamları gibi masumiyet içeren materyallerden zevk alır bazıları ise gerçek anlamda çocukları izlemeye, onlara dokunmaya, onları okşamaya ve cinsel birleşmeye yönelik eylemler gerçekleştirir (Geradt ve diğ., 2018). Pedofili bozukluğu olan bazı kişiler, sadece çocuklara ilgi duyar; kimilerinin aynı zamanda yetişkinlere de ilgisi vardır (Brown, 2017; Stephens ve diğ., 2017). Hem erkek hem de kız çocukları pedofili mağduru olabilmektedir; bunun yanında araştırmalar, mağdurların üçte ikisinin kız çocuğu olduğunu göstermektedir (NSOPW, 2018).

Pedofoli bozukluğu olan kişiler genellikle ergenlik döneminde bu türde bir cinsel ihtiyaç örüntüsü geliştirirler (Thibaut ve diğ., 2016). Bu kişilerden bazıları çocukken cinsel istismara uğramış ve çoğu ise ihmal edilmiş, aşırı derecede cezalandırılmış veya gerçek yakın ilişkilerden mahrum bırakılmıştır (Brown, 2017). Evlenmeleri, cinsel güçlükler ya da yaşamlarında onları kendilerinin patron olduğunu hissettirecek başka bir alan aramaya iten hayal kırıklıkları yaşamaları olağandışı değildir. Genellikle bu bireyler olgunlaşmamışlardır. Sosyal ve cinsel becerileri az gelişmiş olabilir, sınırlı öz denetime ve zayıf planlama becerilerine sahip olabilirler ve normal bir cinsel birliktelik düşüncesi endişe yaratabilir (Massau ve diğ., 2017; Seto, 2008).

Pedofili bozukluğu olan bazı insanlar, "Rızaları olduğu sürece çocuklarla birlikte olmak normal bir şeydir." şeklinde çarpıtılmış düşüncelere sahiptir (Geradt ve diğ., 2018; O Ciardha ve diğ., 2016). Pedofiller sıklıkla çocuk ve yetişkin arası cinsel temastan çocukları da sorumlu tutar veya çocukların da bu deneyimden fayda sağladığını iddia eder.

Bu bozukluğa sahip olan birçok kişi, duygularının gerçekten yanlış ve anormal olduğuna inanırken bazıları ise çocuklarla yetişkinlere özgü cinsel etkinlikler gerçekleştirmeyi kabul edilebilir ve normal bir davranış olarak görür. Hatta bazıları, rıza yaşına yönelik yasaların kaldırılmasını savunan pedofil kuruluşlara katılmaktadır. İnternet bu tür insanlar arasındaki iletişim kanallarının gelişmesine katkı sağlamakta ve artık günümüzde pedofiliyi ve çocuk ve yetişkin arası cinsel etkinlikleri merkezine alan çok çeşitli internet sitesi, haber grubu, sohbet odaları, forumlar ve mesaj panoları bulunmaktadır (Pieters, 2018; Durkin ve Hundersmarck, 2008).

Araştırmalar, pedofili bozukluğu olan çoğu erkekte bu duruma en az bir ek psikolojik bozukluğun da eşlik ettiğini göstermektedir (Brown, 2017; Farkas, 2013). Bazı terapistler, pedeofili bozukluğunun, amigdaladaki veya beynin frontal bölgelerindeki düzensiz aktivite örüntüleri gibi biyokimyasal veya beyin yapısı anormallikleriyle ilişkili olabileceğini öne sürmektedir ancak bu tür anormalliklerin pedofili bozukluğundaki rolü henüz tutarlı olarak araştırmalar tarafından desteklenmemiştir (Ponseti ve diğ., 2018; Massau ve diğ., 2017).

Pedofil suçluların çoğu, yakalanırlarsa hapis cezası alır veya tedavi almaları zorunlu tutulur (Thibau ve diğ., 2016). Çünkü bir çocukla cinsel bir etkinlik gerçekleştirmeye yönelik attıkları herhangi bir adım, aslında aynı zamanda çocuğun cinsel istismarı anlamına gelmektedir. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde kolluk kuvvetlerine ve kamuya çocuk cinsel istismarı suçlularının yaşadıkları ve çalıştıkları yerleri bilmelerine ve kontrolünü sağlamalarına yardımcı olmak için bu kişilerin yerleşik yaşam yerlerinin kaydının yapılmasını ve bildirilmesini zorunlu tutan çok sayıda kanun bulunmaktadır (NSOPW, 2018).

Pedofili bozukluğuna yönelik tedaviler itici uyaranla terapi, mastürbasyonel doygunluk, bilişsel-davranışçı terapi ve antiandrojen ilaçlar gibi diğer parafili bozuklukları için daha önce de bahsedilen tedavi yaklaşımlarını içermektedir (Brown, 2017; Marshal ve Marshall, 2016, 2015; Thibaut ve diğ., 2016). Bu bozuklukta yaygın olarak uygulanan ve bilişsel-davranışçı bir tedavi yöntemi olan *nüks önleme eğitimi*, madde kullanım bozukluklarının tedavisinde kullanılan nüks önleme eğitimi programları temel alınarak oluşturulmuştur (bk. Sayfa 320-321). Bu yaklaşımda danışanlar pedofilik fantazilerini ve eylemlerini (depresif duygudurum veya çarpıtılmış düşünme biçimleri gibi) tetikleyen tipik durumları tanımlar. Daha sonra bu durumlardan kaçınmak veya onlarla daha uygun ve etkili bir şekilde başa çıkmak için birtakım stratejiler öğrenirler. Nüks önleme eğitiminin pedofili

**sürtünmecilik bozukluğu** Bir kişinin, rıza göstermeyen bir kişiye dokunmayı veya sürtünmeyi içeren yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel dürtü veya düşlemlere sahip olduğu ve rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

**pedofili bozukluğu** Bir kişinin çocukları izlemek, onlara dokunmak veya onlarla cinsel etkinlikler gerçekleştirmekle ilgili yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel dürtü veya düşlemlere sahip olduğu ve bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

**Pedofili, istismar ve adalet** İnsanlar, Fransa'da bugüne kadar gerçekleşmiş en büyük çocuk istismarı davasına tanık olmak için 2005 yılında Fransa'nın Angers kentindeki adliye binasına giriyor. Mahkeme 39 erkek ve 26 kadını çocuklara karşı gerçekleştirdikleri tecavüz, istismar ve fuhuşa zorlama gibi eylemlerden suçlu buldu. Mağdurların yaşları 6 ay ile 14 yıl arasında değişirken sanıkların yaşları ise 27 ile 73 arasında değişiyordu.



Francis Demange/Gamma-Rapho via Getty Images

bozukluğu ve diğer bazı parafili bozukluklarında etkili olduğu görülse de yöntemin bu etkisi tutarlı olarak araştırmalarla desteklenmemiştir (Laws, 2016; Federoff ve Marshall, 2010).

## Cinsel Mazoşizm Bozukluğu

Cinsel mazoşizm bozukluğu olan bir kişi aşağılanmaktan, dövülmekten, bağlanmaktan ya da başka bir biçimde acı çekmekten yineleyici ve yoğun bir biçimde cinsel uyarılma yaşar (APA, 2013). Diğer parafili bozukluklarında da olduğu gibi bu bozuklukta da bu uyarılma, fantaziler, dürtüler veya davranışlar ile kendini gösterir. Pek çok insanın kendi iradesi dışında cinsel bir eyleme zorlanmaya yönelik fantazileri vardır ancak bu tanıyı bu fantaziler nedeni ile klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlev kaybı yaşayan kişiler alır. Bu bozukluğa sahip bazı insanlar mazoşist dürtülere göre hareket ederler, kendilerini bağlayabilir, vücutlarına iğneler batırabilir hatta kendilerini kesebilirler. Bazılarının ise onları ya da gözlerini bağlayan, şaplak atan, kırbaçlayan, döven, elektrik şoku veren, "iğneleyen ve delen" ya da onları aşağılayan bir cinsel partnerleri vardır (APA, 2013).

Cinsel mazoşizmin parafili veya parafili bozukluklarına sahip insanların isteklerini karşılamaya yönelik ürün ve hizmet sağlayan bir endüstri ortaya çıkmıştır. Burada 34 yaşındaki bir kadın, mesleğini bu istekleri karşılayan bir tesisin işletmecisi olarak tanımlamaktadır:

> *Burada her yerde hak ettiklerini düşündükleri doğru acıyı arayan insanlar var. Acıyı neden bu kadar istediklerini bana sormayın, ben psikolog değilim ama bizi bulduklarında genellikle başka bir yere gitmezler... Yaptığım, gerçekten hızlı ve etkili olan şeyler arasında şunlar var: Göğüs uçlarına mandal veya [testislerine] iğne takarım. Bazılarının boşalmak için kendi kanını görmesi gerekiyor ...*
>
> *Bu işkence sahnesi devam ederken her zaman sürekli bir diyalog da var... Adama bağırıyorum ve ona ne kadar kötü bir piç olduğunu, bunu hak ettiğini hatta daha da kötüsünü hak ettiğini söylüyorum ve günahlarını sıralamaya başlıyorum. Bu her seferinde işe yarıyor... Çok katı ve sert davranıyorum ama gerçekten çok duyarlı bir kadınımdır da. Çünkü bir erkeğin sağlığına da dikkat etmelisin... Onu öldürmemeli ya da kalp krizi geçirtmemelisin... Erkeklerin öldüğü başka yerler biliyorum. Bunu dilemiş olsalar da "uygulamam" sırasında bugüne kadar hiç bir müşterim ölmedi.*
>
> *(Janus ve Janus, 1993, s. 115)*

Cinsel mazoşizm bozukluğunun *hipoksifili* olarak adlandırılan bir türünde insanlar cinsel zevklerini artırmak için kendilerini boğarlar (veya partnerlerinden onları boğmalarını isterler) (Sebdlet, 2018; Collucia ve diğ., 2016). Aslında otoerotik asfiksi ile ilgili tedirgin edici sayıda klinik rapor vardır; bu raporlarda, genellikle yetişkin erkekler ve 10 yaş civarı çocuklar, mastürbasyon yaparken kendilerini asarak, boğularak veya boğarak yanlışlıkla kendilerinde ölümcül bir oksijen yetmezliğine neden olabilirler. Bu uygulamanın cinsel mazoşizm bozukluğu olarak nitelendirilip nitelendirilmeyeceği konusunda bazı tartışmalar var fakat bazı zamanlarda en azından başka esaret eylemlerinin de bu uygulamaya eşlik ediyor olması, bu durumun bir cinsel mazoşizm bozukluğu olarak değerlendirilmesinde yeterli gibi görünmektedir.

Mazoşist cinsel fantazilerin çoğu çocuklukta başlar. Bununla birlikte kişi erken yetişkinlik dönemine kadar bu tür dürtüler göstermez. Bu örüntü tipik olarak uzun yıllar devam eder. Bazı insanlar zaman geçtikçe veya belirli stres dönemlerinde giderek daha tehlikeli eylemlerde bulunmaya başlar (Frias ve diğ., 2017; Krueger, 2010).

Çoğu durumda cinsel mazoşizm bozukluğu, klasik koşullanma yoluyla gerçekleşen bir öğrenme süreciyle gelişmiş gibi görünmektedir (Wylie ve Wylie, 2016; Stekel, 2010). Klasik bir vaka çalışmasında kolu kırılmış genç bir çocuğun, geçmişte anestezi olmadan uygulanan ve doktor kırığı yerleştirirken çekici bir hemşire tarafından okşanmayı ve ona yakın tutulmayı içeren bir yöntemle tedavi edildiği anlatılmaktadır (Gebhard, 1965). Acı ve çocuğun daha sonra hissettiği cinsel uyarılmanın bu güçlü bileşimi, onun daha sonraki mazoşist dürtülerinin ve eylemlerinin bir nedeni olabilirdi.

## Cinsel Sadizm Bozukluğu

Cinsel sadizm bozukluğu olan bir kişi genellikle de bir erkek, bir başkasına fiziksel veya psikolojik acı çektirmekten yineleyici ve yoğun bir şekilde cinsel uyarılma yaşar (APA, 2013). Bu uyarılma, mağdura hükmetme, onu kısıtlama, gözlerini bağlama, kesme, boğma, sakatlama hatta öldürme gibi eylemleri içeren fanteziler, dürtüler veya davranışlarla



Brant Ward/San Francisco Chronicle/Polaris

**Sadomazoşizm kutlaması** Cinsel sadizm ve mazoşizm, bu tür parafililerde kendini gösteren belirli eylemleri çevreleyen koşullara bağlı olarak halk tarafından ya şaşkınlıkla ya da dehşetle karşılanmıştır. Aydınlık tarafta her yıl San Francisco'da gerçekleştirilen Folsom Sokak Fuarı, sadomazoşizm (S/M) kutlaması yapıyor ve insanları (bu katılımcı gibi) sahneye çıkmaya, kendilerine özgü kıyafetlerini sergilemeye ve bazı durumlarda sahte kırbaçlara veya şaplaklara katılmaya davet ediyor.

**cinsel mazoşizm bozukluğu** Kişinin aşağılama, dayak, bağlanma veya başka bir biçimde acı çekmeyi içeren yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel dürtüler, düşlemler veya davranışlar sergilediği, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

**cinsel sadizm bozukluğu** Kişinin, başkalarına acı çektirmeyi içeren yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel dürtüler veya düşlemlere sahip olduğu ve rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

kendini gösterir (Longpré ve diğ., 2018, 2017). Bu etiket, cinsel arzusunu tatmin etmek için başkalarına işkence yapan ünlü Marquis de Sade'nin (1740-1814) adından türetilmiştir.

Cinsel sadizm hakkında fantazileri olan insanlar, bu fantazilerinde tipik olarak sadist davranıştan korkan bir cinsel şiddet mağduru üzerinde tam kontrole sahip olduklarını hayal ederler. Birçoğu bu tür eylemleri, genellikle cinsel mazoşizm bozukluğu olan ve dolayısıyla sadist bir eyleme rıza gösteren bir partnerle gerçekleştirir (Joyal, 2017). Ancak bazıları ise rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket etmektedir. Örneğin bir dizi tecavüzcü ve mağduru cinsel bir saldırıya maruz bıraktıktan sonra öldüren birçok katil, cinsel sadizm bozukluğu göstermektedir (Longpré ve diğ., 2018, 2017). Gerçek ya da hayalde canlandırılan her türlü durumda mağdurun çektiği acı, uyarılmanın anahtarıdır.



The Everett Collection

**Sinematik duyuru** Film dünyasının en ünlü sahnelerinden biri olan *Otomatik Portakal* filminin bu sahnesinde filmin cinsel sadist karakteri Alex, ağrılı mide spazmları yaşarken şiddet içerikli görüntülere bakmaya zorlanıyor.

Cinsel mazoşizmde olduğu gibi cinsel sadizm içerikli fantaziler de ilk olarak çocuklukta veya ergenlikte ortaya çıkabilir (Thibau ve diğ., 2016; Stone, 2010). Sadist davranışlarda bulunan insanlar, daha çok erken yetişkinlik döneminde bu tür davranışlarda bulunmaya başlamaktadır (APA, 2013). Bu bozukluğa sahip olan insanlardan bazılarının sadist davranışlarının şiddeti, zaman içinde aynı düzeyde kalmaktadır ancak çoğu zaman bu tür davranışların şiddeti yıllar geçtikçe artmaktadır (Robertson ve Knight, 2014). Açıkçası, bozukluğun şiddetli biçimlerine sahip kişiler başkaları için oldukça tehlikeli olabilmektedir.

Bazı bilişsel-davranışçı kuramcılar, cinsel sadizm bozukluğunun gelişiminde klasik koşullanmanın rolü olduğuna inanmaktadır (Akins, 2004). Bir genç, bir hayvana veya insana belki de istemeden acı verirken yoğun duygular ve cinsel bir uyarılma hissedebilir. Acı vermek ve cinsel olarak uyarılmak arasındaki ilişki, bir cinsel sadizm örüntüsünün gelişimine zemin hazırlar. Bilişsel-davranışçı kuramcılar ayrıca bir ergenin, bir kişinin başka bir kişiye acı çektirerek cinsel doyuma ulaştığını gözlemlemesinin de bozukluğun gelişiminde bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Toplumumuzdaki pek çok cinsel içerikli internet sitesi, videolar, dergiler ve kitaplar bu tür örüntüleri kolayca ulaşılabilir hâle getirmektedir (Thibau ve diğ., 2016).

Hem psikodinamik hem de bilişsel-davranışçı kuramcılar ayrıca cinsel sadizm bozukluğu olan kişilerin, temelde yatan cinsel yetersizlik duygularının bir sonucu olarak ortaya çıkan güç veya kontrol duygusuna ulaşma yönündeki ihtiyaçlarını karşılamak için bir başkasına acı çektiriyor olabileceğini öne sürmektedir. Bu güç duygusunun da cinsel uyarılmalarını arttırıcı bir etki yarattığı düşünülmektedir (Marshall ve Marshall, 2016, 2015). Alternatif olarak bazı biyolojik çalışmalarda, cinsel sadizmi olan kişilerde bu duruma birtakım olası beyin ve hormon anormalliklerinin yol açıyor olabileceğine dair bazı sonuçlar elde edilmiştir (Luo ve diğ., 2017; Jacobs, 2011). Yine de tüm bu açıklamalardan hiçbirinin geçerliliği, kapsamlı bir şekilde henüz araştırılmamıştır.

Bilişsel-davranışçı terapistler, cinsel sadizm bozukluğunun tedavisinde itici uyaranla terapi yaklaşımını kullanmaktadır (Thibaut ve diğ., 2016). Toplumun bu yönteme bakış açısı ve nefreti, sadist bir genç adama şiddet içerikli görüntüler gösterilirken aynı zamanda bir ilaçla onda mide spazmları oluşturarak bu tür görüntüler ile mide bulantısını eşleştirmeyi amaçlayan bir uygulamayı anlatan aynı adlı romandan uyarlanmış 1971 yapımı *Otomatik Portakal (A Clockwork Orange)* filminden etkilenmiştir. Cinsel sadizm bozukluğu vakalarında itici uyaranla terapinin etkili olup olmadığı açık değildir. Bununla birlikte bazı suç vakalarında kullanılan nüks önleme eğitimi tedavide bir etki sağlanabilmesinde değerli olabilir (Laws, 2016; Marshall ve Marshall, 2016, 2015).

## ...ÖZETLE

**PARAFİLİ BOZUKLUKLARI** Parafililer, yineleyici ve yoğun cinsel dürtüler, düşlemler veya olağan cinsel normların dışındaki nesneleri veya durumları içeren davranışlarla kendini gösteren örüntülerdir -örneğin insan olmayan nesneler, çocuklar, rıza göstermeyen yetişkinler veya acı veya aşağılama deneyimleri. Bir bireyin parafilisi klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olduğunda, sosyal veya mesleki işlevselliğine olumsuz yönde etki ettiğinde veya birey veya başkaları için zarar görme riski oluşturduğunda bu bireye parafili bozukluğu tanısı konur. Parafili bozuklukları daha çok erkekler arasında yaygındır. Parafili bozuklukları arasında, fetişizm bozukluğu, travesti bozukluğu, göstermecilik bozukluğu, gözetlemecilik bozukluğu, sürtünmecilik bozukluğu, pedofili bozukluğu cinsel mazoşizm bozukluğu ve cinsel sadizm bozukluğu gibi bozukluklar yer almaktadır. Parafili bozukluklarına çeşitli türde açıklamalar getirilmiş olsa da araştırmalar, bu tür bozuklukların nedenleri hakkında çok az şey ortaya koymuştur. Bu bozuklukların tedavisinde itici uyaranla terapi, mastürbasyonel doygunluk ve nüks önleme eğitimi gibi bir dizi yaklaşım denenmektedir.

## #YasalOlasılık

Kaliforniya eyaleti yasama meclisi, defalarca pedofilik eylemlerde bulunmuş veya tecavüz suçu işlemiş erkekler gibi tekrarlanan cinsel saldırı suçluları için eyalet yargıçlarının "kimyasal hadım" olarak adlandırılan *antiandrojen* ilaç tedavisi kararı vermesine izin veren Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ilk yasayı 1966 yılında onayladı. Günümüzde en az sekiz eyalette benzer yasalar bulunmaktadır.

TABLO: 11-6

**Tanı İçin Kontrol Listesi**

| Ergenler ve Yetişkinlerde Cinsiyetinden Yakınma |
|---|
| 1. 6 ay veya daha uzun bir süre boyunca aşağıdaki belirtilerden ikisi veya daha fazlasıyla kendini gösteren, bireyin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle onun için belirlenen cinsiyet arasında belirgin bir uyuşmazlık olması: *Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyetle birincil veya ikincil cinsiyet özellikleri arasında belirgin bir uyuşmazlık olması. * Kendi cinsiyet özelliklerinden kurtulmaya yönelik güçlü bir istek duyma * Diğer cinsiyetin özelliklerine sahip olmaya yönelik güçlü bir istek duyma. *Diğer cinsiyete özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna çok inanma. |
| 2. Bu durum kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlev kaybına neden olur. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

# Cinsiyet Farklılıkları

Çocukların ve yetişkinlerin çoğu kendisini erkek veya kadın gibi hisseder ve kendini bu şekilde tanımlar-*belirlenen cinsiyetleriyle* (veya *cinsel anatomileriyle*) yani doğdukları cinsiyetle tutarlı bir duyguya ve kimliğe sahiplerdir. Ancak artık toplum, pek çok insanın kendi cinsiyeti hakkında bu kadar net duygulara sahip olmadığı gerçeğini kabul etmektedir. Bu insanlar, *cinsiyet kimliklerinin* (kişinin cinsiyetiyle ilgili kişisel deneyimi) doğumda belirlenen cinsiyetlerinden farklı olduğunu hisseden **transeksüel** bireylerdir. Dünyada 25 milyon insanın transseksüel olduğu tahmin edilmekte ve bu sayı yetişkin nüfusun yüzde 0,8'ine denk gelmektedir (Tangpricha ve Safer, 2018; Winter ve diğ., 2016). Birçok trans birey, cinsiyet uyuşmazlığı ile yüzleşir. Genellikle bu cinsiyet uyuşmazlığını kabul ederler veya doğum anotomisini *cinsiyet kimlikleri* ile uyumlu fiziksel özelliklere dönüştürmek için hormon tedavisi veya ameliyat gibi müdahalelere başvururlar. Ancak bazı trans bireyler, bu uyuşmazlık nedeniyle aşırı düzeyde bir sıkıntı yaşayabilir. DSM-5, bu tür bir sıkıntı deneyimleyen bireyleri, **cinsiyetinden yakınma** tanı kategorisi altında sınıflandırmaktadır (bk. **Tablo 11-6**).

DSM-5'teki cinsiyetinden yakınma tanı kategorisinin tartışmalı olduğunu söylemek gerekir. Birçok uzman, transeksüel bir örüntü kişinin cinsiyet kimliğini deneyimlemesinin patolojik değil alternatif bir yolunu yansıttığı için bu duruma belirgin bir mutsuzluk eşlik ediyor olsa bile böyle bir örüntünün hiçbir şekilde psikolojik bir bozukluk olarak görülmemesi gerektiğini savunmaktadır. Aslında bu görüş, klinik alanda ve toplumda hızla baskın bir görüş halini almaktadır (Russo, 2017). Örneğin 2017'de Danimarka Parlamentosu, trans bireylerin artık ülkenin ruh sağlığı sisteminde psikolojik bozukluğu olan bireyler olarak nitelendirilmemesi gerektiği yönünde bir karar almış ve 2018'de Dünya Sağlık Örgütü transseksüelliği, kendi tanı sınıflandırma sisteminin güncel baskısı ICD-11'deki ruhsal bozukluklar listesinden çıkarmaya karar vermiştir.

Böyle bir iklimde cinsiyetinden yakınma tanı kategorisinin de DSM-5'in bir sonraki baskısından çıkarılması beklenmektedir. Eğer bu gerçekleşirse DSM eş cinsellikle ilgili geçmiş zamanlarda seyahat ettiği aynı rotayı takip ediyor olacak. Daha önce de okuduğunuz gibi (bk. sayfa 349), DSM'nin ilk iki baskısını düzenleyenler, eş cinselliği parafili bozukluğu türünde bir cinsel bozukluk olarak tanımlamıştır. Eş cinsel aktivist gruplar ve birçok klinisyen tarafından yapılan protestolar, sonunda DSM'nin bu kategoriyi 1973'te cinsel bozukluklar arasından çıkarmasına yol açmıştır. Ancak DSM, bir kişinin eş cinsel yönelimi nedeni ile belirgin bir sıkıntı deneyimlemesini içeren *ego distonik eş cinsellik* adı verilen bir tanı kategorisini bu baskıda kaldırmamıştır. Nihayetinde DSM'nin 1987'de yayımlanan baskısında bu ikinci kategoriye de yer verilmemiştir. Benzer şekilde, DSM'nin ilk baskılarında transseksüel düşünceleri ve ihtiyaçları olan kişiler, *transseksüel kimlik bozukluğu* tanısı altında görülmekteyken bu sınıflandırma, 2013'te yayınlanan DSM-5'ten kaldırılmış ve şu anda mevcut bir kategori olan *cinsiyetinden yakınma* tanı kategorisi ile değiştirilmiştir.

Trans bireyleri psikolojik bozukluğu olan bireyler olarak etiketlemek onlara neden zarar verebilir?

Transseksüellik (alternatif ama anormal olmayan bir örüntü) hakkında bilineni, cinsiyetinden yakınma tanı kategorisi (DSM-5'e göre anormal bir örüntü) hakkında bilinenden ayırt etmeye yardımcı olması için gelin önce transseksüelliğe bakalım, sonra da tekrar cinsiyetinden yakınma tanı kategorisine dönelim.

## Transseksüellik

Cinsiyet kimlikleri göz önüne alındığında birçok trans birey birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinden kurtulmak ister -bazıları kendi cinsel organlarını iğrenç bulur- ve cinsiyet kimliklerine karşılık gelen özellikler edinir (APA, 2013). *Transseksüel kadınlar* (yani kendini kadın olarak tanımlayan ancak doğumda erkek olarak belirlenen kişiler) *transseksüel erkeklerden* (kendini erkek olarak tanımlayan ancak doğumda kadın olarak belirlenen kişiler) yaklaşık 2'ye 1 oranında daha fazla sayıdadır.

Bazen çocuklarda da transseksüel duygular ortaya çıkar (Olson-Kennedy ve Forcier, 2018). Transseksüel yetişkinler gibi çocuklar da doğumda belirlenen cinsiyetlerinden rahatsız olurlar ve başka bir cinsiyetten olmayı arzu ederler. Çocukluktaki bu örüntü

**transseksüel** Cinsiyet kimliklerinin cinsel anatomilerinden farklı olduğuna dair güçlü bir hisse sahip bireyler.

**cinsiyetinden yakınma** Bir kişinin doğumda belirlenen cinsiyeti nedeniyle klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlev kaybı yaşadığı ve başka bir cinsiyetten olmaya yönelik güçlü bir istek duyduğu bozukluk.

genellikle ergenlik veya yetişkinlik döneminde kaybolur ancak bazı durumlarda bu bireyler transseksüel yetişkinler hâline gelir (Forcier ve Olson-Kennedy, 2018). Dolayısıyla trans yetişkinler çocukken transseksüel duygular yaşamış olabilir ancak transseksüel duyguları olan birçok çocuk trans yetişkinler hâline gelmez. Annelerle yapılan anketler, küçük yaştaki erkek çocukların yaklaşık yüzde 1,5'inin kız olmak istediğini ve küçük yaştaki kız çocuklarının ise yüzde 3,5'inin erkek olmak istediğini göstermektedir (Carrol, 2007; Zucker ve Bradley, 1995). Bununla birlikte daha önce de belirttiğimiz gibi yetişkin trans bireyler tüm yetişkinlerin yüzde 1'inden daha azını oluşturmaktadır. (Zucker, 2010). Yaşla birlikte ortaya çıkan bu değişim, transseksüellik konusunda pek çok uzmanın, olağanüstü durumlar dışında, birey en az 14 ila 16 yaşına gelene kadar bu örüntüye yönelik geri dönüşü olmayan her türlü fiziksel müdahaleye şiddetle karşı çıkmasının kısmen bir nedenidir (Levine, 2017). Bununla birlikte belirli türden farmakolojik müdahalelerin kabul edilebilir olduğu düşünülmekte ve bu tür müdahaleler transseksüel ergenlerde giderek daha fazla uygulanmaktadır (Corathers, 2018; Nahata ve diğ., 2017).

**Transseksüelliğe İlişkin Açıklamalar** Günümüzün tıbbi ve psikolojik kuramcıları, biyolojik etkenlerin-belki de genetik veya doğum öncesi- transseksüelliğin anahtarı olduğuna giderek daha fazla inanmaktadır (Burke ve diğ., 2018; Spizzirri ve diğ., 2018). Genetik bir açıklamayla tutarlı olarak transseksüellik bazen aile içinde birden fazla bireyde görülebilir. Örneğin araştırmalar, transseksüel kardeşleri olan kişilerin, bu tür kardeşleri olmayanlara göre daha fazla transseksüel eğilimleri olduğunu göstermektedir (Gómez-Gil ve diğ., 2010). Nitekim tek yumurta ikizleri ile yapılan bir çalışmada 23 ikizden 9'unda ikizlerden biri transseksüel olduğunda diğer ikizin de transseksüel olduğu görülmüştür (Heylens ve diğ., 2012).

Biyolojik araştırmacılar, transseksüel olan ve olmayan bireylerin beyinlerini incelerken ve karşılaştırırken bazı ilginç bulgulara rastlamıştır. Araştırmacılar, erkek ve kadın beyinlerinin genellikle birbirinden biraz farklı olduğu bilgisine de göz önüne alarak trans bireylerin beyin yapısının, kendilerini tanımladıkları cinsiyette görülen beyin yapısına doğumda belirlenen cinsiyette görülenden daha benzer olup olmadığına dair bazı göstergeler aramıştır (Mueller, De Cuypere ve T'Sjoen, 2017; Russo, 2017, 2016). Örneğin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) taramasını kullanan bir araştırma ekibi, trans erkeklerin (kendini erkek olarak tanımlayan ancak doğumda kadın olarak belirlenen kişiler) beyinlerinin, transseksüel olmayan erkeklerinkine çok benzer şekilde nispeten ince kortikal alanlara ve trans kadınların (kendini kadın olarak tanımlayan ancak doğumda erkek olarak belirlenen kişiler) beyinlerinin, transseksüel olmayan kadınlarınkine çok benzer şekilde, sağ yarım kürede nispeten ince kortikal bölgelere sahip olduğunu saptamıştır (Guillamon ve diğ., 2016; Luders ve diğ., 2012). Buna karşılık diğer araştırmalar transseksüel bireyler ve transseksüel olmayan akranları arasında cinsiyet işleyişi ve bilincinde rol oynadığı bilinen insula, anterior singulat korteks ve stria terminalisin yatak çekirdeği (BST) gibi beyin yapılarının aktivitesi ve boyutu açısından bazı benzerlikler bulmuştur (Spizzirri ve diğ., 2018).

Hoş olmayan güçlü kokulara karşı beyin tepkileri üzerine yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Genel olarak erkek ve kadın beyinleri, özellikle hipotalamusta güçlü kokulara farklı tepki verir. Burada yine transseksüel bireylerle yürütülen çalışmalarda, hoş olmayan güçlü kokulara maruz kaldıklarında transseksüel erkeklerin hipotalamik yanıtlarının transeksüel olmayan erkeklerin yanıtlarına ve transseksüel kadınların hipotalamik yanıtlarının da transeksüel olmayan kadınların yanıtları ile benzer olduğunu bulunmuştur (Burke ve diğ., 2018, 2016, 2014; Mueller ve diğ., 2017). Katılımcıları belirli seslere, görsel uyaranlara ve bellek güçlüklerine maruz bırakan diğer çalışmalarda da transseksüel bireyler ve transseksüel olmayan akranları arasında beyinde benzer yanıtların ortaya çıktığı görülmüştür.

Bu tür bulgulara dayanarak, trans bireylerin erkek beyni bir kadın bedenine hapsolmuş veya kadın beyni bir erkek bedenine hapsolmuş bireyler olduğu sonucuna varmak cazip gelebilir ancak araştırmacı Antunio Guillamon'un da dikkat çektiği gibi "Trans bireylerin erkek ve kadınlardan farklı bir beyinleri var ve bu onlara *özgü* bir beyin türü" (Guillamon, 2016). Yani trans bireylerin erkek veya kadın beyinleri değil, transseksüel bir beyinleri var.

### #ÖnemliFark

*Cinsel yönelim*, kişinin cinsel olarak kimi çekici bulduğuyla ilgilidir. *Cinsiyet kimliği*, kişinin kendisini erkek mi kadın mı, cinsiyetlerin bir karışımı mı yoksa cinsiyetlerin hiçbiri mi olarak gördüğü ile ilgilidir.



Jim Wilson/The New York Times/Redux

**Hassas bir konu** Kendini kız olarak tanımlayıp giyinen ve "kız" şeklinde adlandırılmasını isteyen 5 yaşındaki bir erkek çocuk (solda) kız arkadaşıyla oynuyor. Cinsiyet kimliği hakları hareketine ve transseksüel duyguları olan çocukların özel ihtiyaçlarına duyarlı olan, giderek artan sayıda ebeveyn, eğitimci ve klinisyen artık böyle çocuklara destekleyici bir şekilde yaklaşmaktadır.

**yeniden cinsiyet atama ameliyatı** Bir kişinin cinsel organlarını ve cinsiyet özelliklerini değiştiren cerrahi bir yöntem. *Cinsiyet değiştirme ameliyatı* olarak da bilinir.

**Transseksüel Bireyler İçin Seçenekler** Daha önce de okuduğunuz gibi, trans bireyler genellikle cinsiyet kimlikleri ile cinsel anatomileri arasındaki uyuşmazlığı gidermek için biyolojik yöntemlere ihtiyaç duyarlar. Örneğin çoğu, *hormon tedavisiyle* cinsel özelliklerini değiştirir (Corathers, 2018; Ferrando ve Thomas, 2018). Hekimler, transseksüel kadınlar için kadın cinsiyet hormonu *östrojenin* salınımını arttırmak ve vücutlarının erkek cinsiyet hormonu testosteronun salınımını baskılamak için üretilmiş ilaçları reçete eder. Bu tür ilaçlar; meme gelişimine, vücut ve yüz kıllarının azalmasına ve vücut yağ dağılımında değişikliklerin meydana gelmesine yol açar. Bu hastaların bir kısmı konuşma terapisine de gitmekte, eğitim yoluyla tenor sesini altoya yükseltmeyi öğrenmekte ve bazıları ayrıca yüz feminizasyon cerrahisi yöntemine de başvurmaktadır (Ferrando ve Thomas, 2018; Tangpricha ve Safer, 2018). Trans erkeklere ise bunun aksine, erkek cinsiyet hormonu *testosteron* verilir; bu da daha halın bir sese, kas kütlesinin artmasına ve yüz ve vücut kıllarında değişikliklerin meydana gelmesine neden olur.

Hormon tedavisi, birçok trans bireyin kendilerine uyan cinsiyette tatmin edici bir yaşam sürmesini sağlar. Ancak diğer bazı trans bireyler için bu yeterli değildir ve **yeniden cinsiyet atama ameliyatı** veya **cinsiyet değiştirme ameliyatına** ihtiyaç duyabilirler -bu tür ameliyatlar ayrıca *cinsiyet onay ameliyatı* veya *cinsiyet olumlayıcı ameliyat* olarak da adlandırılmaktadır (Crandall, 2018). Bu tür bir ameliyat genellikle 1 ila 2 yıllık hormon tedavisinden önce gerçekleşir. Transseksüel kadınlar için ameliyat, aşağıdaki yöntemlerden birini veya birkaçını içerebilmektedir: yüz değiştiren plastik cerrahi, göğüs büyütme ve vajinal yeniden yapılandırma (penisin kısmen çıkarılması ve kalan kısımlarının klitoris ve vajina olarak yeniden yapılandırılması). Transseksüel erkekler için ameliyat, iki taraflı mastektomi, göğüs bölgesinin yeniden yapılandırılması, histerektomi ve/veya erkek cinsel organının yeniden yapılandırılması (işlevsel bir penis oluşumu -henüz mükemmelleştirilmemiş bir yöntem- veya erkek cinsel organı görünümünü verebilen bir silikon protez) içerebilir. Cinsel organların yeniden yapılandırılması, özellikle trans erkeklerde diğer cerrahi yöntemlere göre çok daha az kullanılmaktadır (ASPS, 2017; Mainwaring, 2017). Amerikan Plastik Cerrahi Derneği tarafından hazırlanan bir rapora göre 2016 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 3.200'den fazla cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirilmiş ve bu ameliyatlar 2015'teki verilerle karşılaştırıldığında yüzde 20 oranında artış göstermiştir. Trans kadınlarda trans erkeklere göre daha fazla ameliyat gerçekleştirilmiştir. Bazı sigorta şirketleri, trans bireyler için bu tür (ve hatta cerrahi olmayan) biyolojik tedavileri karşılamayı reddetmektedir ancak artan sayıda eyalet bu tür müdahalelerin sigorta kapsamı dışında tutulmasını yasaklamaktadır (Canner ve diğ., 2018; Seelman ve diğ., 2018).

Yeniden cinsiyet atama ameliyatının trans bireyler için uygun bir seçenek olup olmadığı klinisyenler arasında bir tartışma konusudur (à Campo ve Nijman, 2016; Gozlan, 2011). Bazıları bu yöntemi insani bir yöntem olarak hatta belki de birçok trans birey için en tatmin edici yöntem olarak görmektedir. Diğer bazı klinisyenler ise bunun aksine, yeniden cinsiyet atama ameliyatının bu kadar karmaşık bir konuya "köklü bir çözüm" getirmediğini düşünmektedir. Öyle ya da böyle, yukarıda da belirtildiği gibi, bu tür ameliyatların sayısında bir artış olduğu görülmektedir (Crandall, 2018; Ferrando ve Thomas, 2018).

Yeniden cinsiyet atama ameliyatının sonuçlarına yönelik araştırmalar genel anlamda olumludur. Bir dizi çalışmada hastaların en az yüzde 70'i, ameliyatın sonucundan memnuniyet, yaşam kalitelerinde iyileşme, daha iyi bir psikolojik durum, daha olumlu vücut memnuniyeti, daha iyi kişilerarası etkileşimler ve cinsel işlevlerde iyileşmeler bildirmiştir (Ferrando ve Thomas, 2018; Lindqvis ve diğ., 2017). Öte yandan birkaç çalışma daha az olumlu bulgu ortaya koymuştur. Örneğin İsveç'te yapılan uzun süreli bir takip çalışması, yeniden cinsiyet atama ameliyatı geçirmiş kişilerde genel nüfusa göre daha yüksek oranda psikolojik bozukluk ve intihar girişimi olduğunu göstermiştir (Dhejne ve diğ., 2011). Tüm bunlar, cerrahi müdahalelerden önce dikkatli bir tarama yapılmasına, cerrahi yöntemlerin uzun vadeli etkisini daha iyi anlamak için daha çok araştırma yapılmasına ve daha genel olarak trans bireyler için tıbbi ve klinik bakım imkanlarının iyileştirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.



Splash News/Newscom

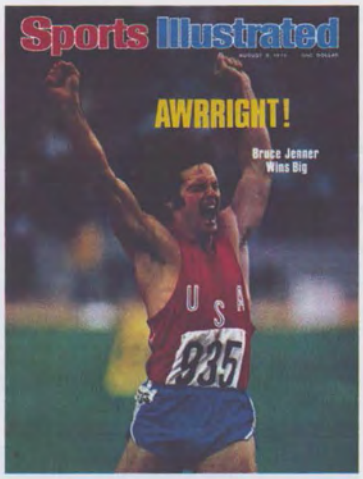
**Lea T.** Transseksüel model Lea T., ilk kez 2010 yılında ünlü Fransız moda markası Givency'nin yüzü olarak tanındı. Belirlenmiş bir erkek cinsiyeti ile doğan Brezilyalı model, defilelerde ve *Vogue Paris*, *Cover* dergisi ve *Love* dergisi gibi dergilerde önde gelen bir kadın figürü hâline geldi ve şu anda da saç bakım markası Redken'in yüzü. 2012 yılında yeniden cinsiyet atama ameliyatı geçirdi.

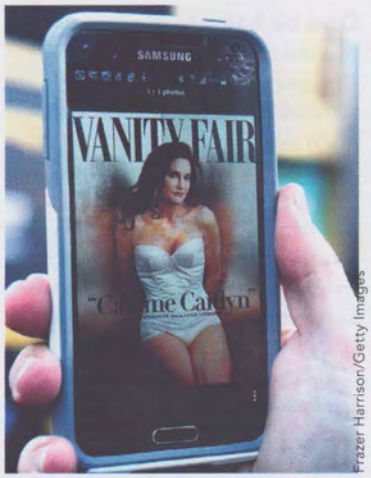
## Cinsiyetinden Yakınma

Anketler, trans bireylerin yüzde 90'ının özellikle ergenlik döneminde evde, okulda, işte veya sosyal ilişkilerde, en az orta düzeyde bir sıkıntı veya işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır (Billard, 2018; Robles ve diğ., 2016). Daha önce de okuduğunuz gibi

bu sıkıntı ve işlev kaybı önemli düzeyde yüksekse, DSM-5 bu örüntüyü cinsiyetinden yakınma olarak sınıflandırmaktadır. Bu bozukluğa sahip bazı kişiler- çocuklar, ergenler ve yetişkinler- şiddetli düzeyde kaygı veya depresyon hissetmekte, madde kullanım bozukluğu göstermekte ve bu kişilerin intihar düşünceleri olabilmektedir (Mueller ve diğ., 2017; Schulman ve Erickson-Schroth, 2017).

Bu tür bir yakınına (hoşnut olmama) durumunun bazı özellikleri belgelenmiş olsa da cinsiyetinden yakınmanın tam olarak nedenini belirlemek zordur. Bir yandan transseksüellerin çoğu gerçekten de cinsiyet kimlikleri ile cinsel anatomileri arasındaki uyuşmazlığın yaşadıkları sıkıntıya doğrudan etki ettiğini bildirmektedir (Robles ve diğ., 2016). Öte yandan araştırmalar, bu yoğun yakınma tepkilerinin birincil nedeninin, trans bireylerin sıklıkla karşılaştığı büyük ön yargı olduğunu öne sürmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerdeki anketlere göre trans bireylerin yüzde 80 ila 90'ı okulda, iş yerinde veya kendi çevrelerinde tacize veya saldırıya uğramakta (hatta bazıları öldürülmekte); yüzde 50'si işinden kovulmakta, işe alınmamakta veya terfi ettirilmemekte ve yüzde 20'si yaşayacak bir yer bulamamaktadır (Wirtz ve diğ., 2018; Steinmetz, 2014). Birçoğu damgalanmakta, sosyal gruplardan dışlanmakta ve uygun sağlık hizmetlerine (hem genel sağlık bakımına hem de toplumsal cinsiyet ihtiyaçları ile ilgili bakıma) erişememektedir (Seelman ve diğ., 2018). Tüm bu nedenlerle pek çok klinisyen, cinsiyetinden yakınma gibi bir tanı kategorisinin DSM-5'ten tamamen kaldırılması gerektiğini düşünmektedir. Yani trans bir bireyin çektiği psikolojik acının ve yaşadığı güçlüklerin asıl nedeni, bireyin transseksüel duyguları nedeni ile yaşadığı uyuşmazlıktan ziyade ona karşı toplumun gösterdiği bu tür tepkiler olabilir. Aslında gittikçe daha fazla sayıdaki bilimsel çalışma, trans bireylerin cinsiyet kimlikleri konusunda aile üyeleri ve arkadaşları tarafından desteklendiğinde genellikle önemli bir ruh sağlığı sorunu yaşamadığını gösteriyor (Johns ve diğ., 2018; Seibel ve diğ., 2018).




Walter looss Jr./Sports Illustrated/Getty Images

Frazer Harrison/Getty Images

**Yeni bir hedef kitle** 1976 Olimpiyatları'nda dekatlon mücadelesinde altın madalya kazandığında (solda) Bruce Jenner, erkekliğin vücut bulmuş hâli -dünyanın en iyi erkek sporcusu- olarak görülüyordu. 2015'te Jenner, *Vanity Fair* dergisinde (sağda) Caitlyn adıyla trans bir kadın olarak ortaya çıktığında trans bireyler toplumdaki bu yüksek profilli kişinin kendini açığa çıkarmasının, toplumun trans bireylere karşı ön yargısını azaltmaya yardımcı olacağı konusunda umutlanmıştı.

Bununla birlikte psikolojik olarak acı çeken insanlar hâlâ yardıma ihtiyaç duymakta ve aslında cinsiyetinden yakınan birçok kişi psikoterapi almaktadır (Withcomb ve diğ., 2018; Majumder ve Sanyal, 2017, 2016). Terapide genellikle ihtiyaçlarının ve duygularının daha fazla farkına varmaya; kaygı, depresyon ve öfke duygularını hafifletmeye; benlik imajını geliştirmeye; toplumsal cinsiyet sorunlarının neden olduğu stresle nasıl baş edileceğini öğrenmeye; aynı zamanda cinsiyet kimliğinin ötesine geçen bir benlik duygusu geliştirmeye çalışırlar. Cinsiyetin yakınma vakalarında diğer tür yöntemlerden daha yaygın olarak kullanılan tek bir psikoterapi yöntemi bulunmamaktadır. Ayrıca araştırmalar, bu tür vakalarda sürekli olarak önemli bir psikolojik iyileşme sağlamada psikoterapinin tek başına yeterli olmadığını da göstermektedir.

Aslında pek çok trans bireyin dahil olduğu biyolojik cinsiyet değiştirme yöntemleri, cinsiyetinden yakınan insanlara daha fazla yardımcı oluyor gibi görünmektedir. Hormon tedavisi alan ve/veya yeniden cinsiyet atama ameliyatı geçiren toplam 1.833 trans bireyle yapılan 28 çalışmanın -bazıları uzun süreli takip çalışmaları- analizinde katılımcıların yüzde 80'inin biyolojik müdahalelerin bir sonucu olarak cinsiyetinden yakınma belirtilerinde önemli iyileşmeler olduğu görülmüştür (Tangpricha ve Safer, 2018; Murad ve diğ., 2010).

Son olarak son yıllarda trans bireyler için eğitim programlarının ortaya çıkması ve yaygınlaşması ve destek programlarının artması yönünde iki olumlu gelişme olmuştur (Valentine ve Shipherd, 2018; Vance ve diğ., 2018). Dünya çapında okullardan iş yerlerine ve internete kadar çeşitli ortamlarda sunulan yüzlerce eğitim programı, artık trans bireylerin (hem ergen hem de yaşlı) kendilerini, sağlık profesyonellerini, aile üyelerini ve genel olarak toplumu hedeflemektedir. Benzer şekilde artık transseksüel ergenler ve yetişkinler için sosyal destek, tavsiye ve ilgili bilgiler sağlayan hem yüz

## #CinsiyetTerimleri

*Trans*: Transseksüel teriminin kısaltılmış hâli.

*Cis cinsiyet:* Toplumsal cinsiyet kimliği doğumda belirlenen biyolojik cinsiyetiyle eşleşen bireyler.



Diana Mrazikova/VWPics/Redux

**Özel bir bağ** Bu iki adam, 64 yaşındaki Juani Santos (solda) ve 28 yaşındaki Liam Duran (sağda), Küba'daki bir kafede özlem gideriyor. Aralarındaki önemli yaş farkına rağmen onlar, biraz da benzer bir cinsiyet kimliği deneyimini paylaştıkları için -her ikisi de trans bir erkek- yakın arkadaşlar. Küba'nın kayıtlara geçmiş en eski trans bireylerinden biri olan Santos, sadece birkaç yıl önce yeniden cinsiyet atama ameliyatı geçirdi. Erkek olduğunu ilk kez 5 yaşında bir çocukken fark ettiğini söylüyor.

yüze hem de çevrim içi olarak çok sayıda destek veya karşılıklı yardım grupları bulunmaktadır. Araştırmalar, çeşitli türdeki bu programların trans bireylerin cinsiyetinden yakınma belirtilerini veya diğer psikolojik bozuklukları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olduğunu göstermektedir (Johns ve diğ., 2018; Cipolletta ve diğ., 2017).

## ... ÖZETLE

**CİNSİYET FARKLILIKLARI** -DSM-5, transeksüelliği psikolojik bir bozukluk olarak görmemekte ancak yine de bu işleyişi cinsiyetinden yakınma -bireyin transseksüel duyguları ve düşünceleri nedeni ile belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı örüntü- şeklinde bir bozukluk olarak sınıflandırmaktadır. Çocuklarda görülen transseksüel duygu ve düşünceler genellikle ergenlik veya yetişkinlik döneminde kaybolmakta ancak bazı durumlarda bu tür duygulara sahip çocuklar trans yetişkinlere dönüşmektedir. Transeksüel işleyişe sahip kişilerden bazılarında, kendileri için doğru olduğuna inandıkları cinsiyet rolünü benimsemelerine yardımcı olmak için hormon tedavileri uygulanmaktadır. Ayrıca yine bu amaçla yeniden cinsiyet atama ameliyatı da gerçekleştirilmektedir.

## Kişiye Özel Konular Toplumun Dikkatini Çekiyor

Bu bölümün başında cinsel bozuklukların ve cinsiyet farklılıklarının aslında birbirinden çok farklı konular olduğunu belirtmiştik. Bununla birlikte bu alanların iki ortak özelliği vardır. Son birkaç on yılda her iki alanda da gerçekleştirilen araştırmaların sayısında önemli oranda bir artış olduğu ve yine her iki alanda da ilerlemenin anahtarının toplumsal eğitim olduğu görülmektedir.

Cinsel bozukluklar alanındaki araştırmaların bir sonucu olarak cinsel işlev bozukluğu olan insanlar artık hayatları boyunca cinsel açıdan bir hayal kırıklığı yaşamaya mahkûm değiller. Cinsel işlev bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar, bu tür bozuklukların psikolojik, sosyolojik ve biyolojik olmak üzere birçok nedeni olduğunu göstermiştir. Buna bağlı olarak cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Aynı zamanda cinsel işlev bozuklukları hakkında eğitimin de terapi kadar önemli olabileceği ortaya çıkmıştır. Ciddiye alındığında cinsel mitler genellikle utanç, kendinden nefret etme, yalnızlık ve umutsuzluk duygularına yol açmaktadır -bu da cinsel güçlüklere katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle

### KLİNİK TERCİHLER

Artık cinsel bozuklukları ve cinsiyet farklılıklarını öğrendiniz. Şimdi bu bölümde öğrendiklerinizi etkileşimli vaka çalışması ile değerlendirin. Cheryl'in belirtilerini tanımlamaya çalışın ve belirtilerine göre nasıl bir tanı alacağını belirleyin. Cheryl için en etkili tedavi yaklaşımı hangi yaklaşım olur? ***Klinik Tercihlere*** erişmek için **başlatma** çubuğuna gidin.

cinsel işlev hakkında -internet, kitaplar, televizyon ve radyo, okul programları, grup sunumları vb. yoluyla- toplumun eğitilmesi önemli bir klinik odak hâline gelmiştir.

Benzer şekilde cinsiyet çeşitliliği alanındaki araştırmaların bir sonucu olarak trans bireyler artık hayatları boyunca cinsiyet karmaşası ve hayal kırıklığı yaşamaya mahkum değiller. Ayrıca artık klinik alan, transseksüelliğin tam olarak psikolojik bir bozukluğa karşılık gelmediği konusunda hemfikir. Ve nihayet, cinsiyet farklılıkları hakkında toplumsal eğitimin bu alanda daha fazla anlayış ve ilerleme sağlamak için oldukça önemli olduğu da anlaşılmıştır. Bu tür eğitim programlarının sayısında son yıllarda meydana gelen artış, trans bireylerin sürekli olarak karşılaştıkları ayrımcılık, damgalama, taciz ve zorluğun düzeyinde şimdiden bir miktar fark yaratmaya başladı bile. Açıkça görülüyor ki bu türden daha fazla eğitime ihtiyaç var.

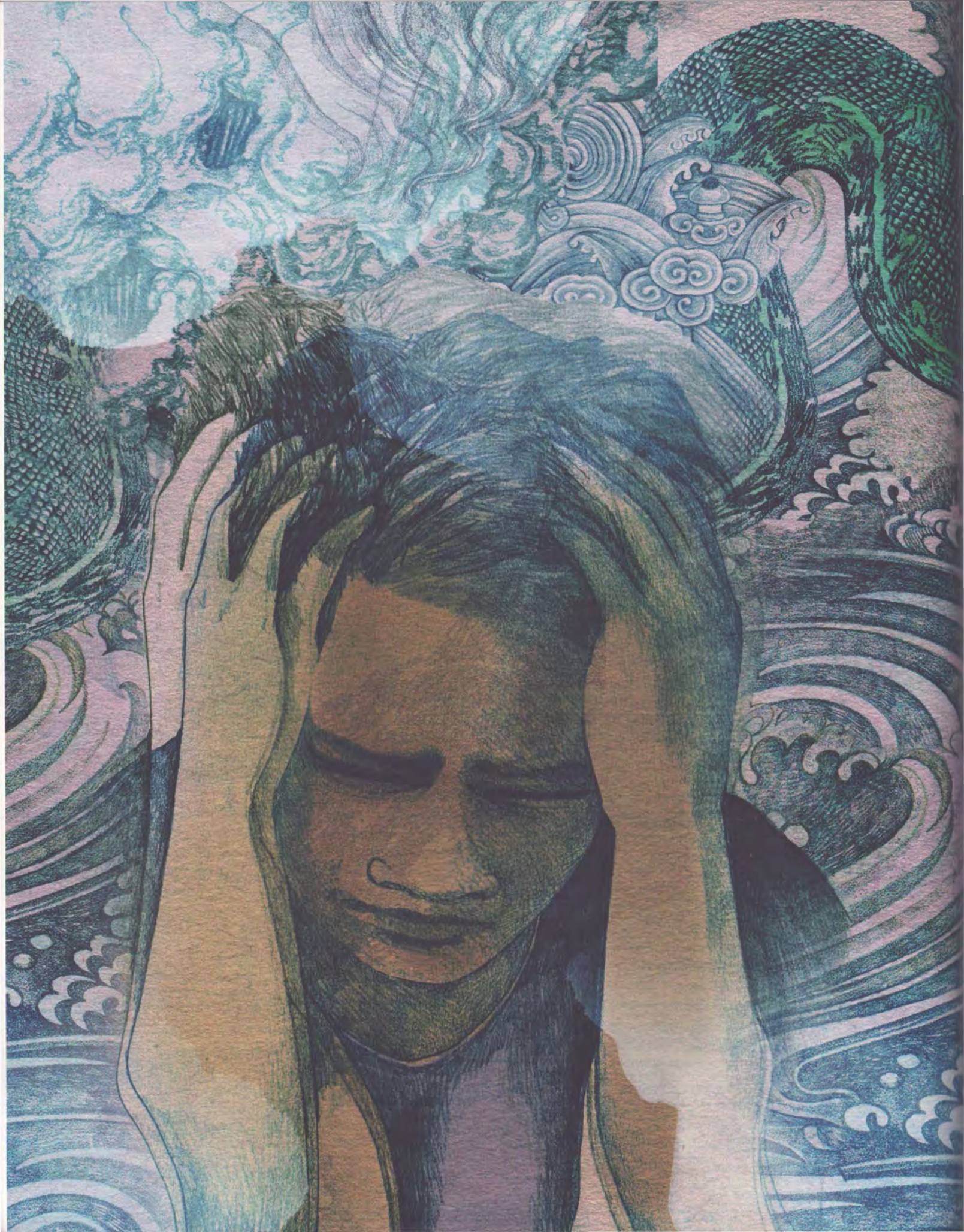
## Anahtar Terimler

cinsel işlev bozukluğu, s. 330
istek evresi, s. 330
erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, s. 331
kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, s. 332
uyarılma evresi, s. 334
sertleşme bozukluğu, s. 334
gece oluşan penis sertleşmesi (NPT), s. 335
performans kaygısı, s. 335
seyirci rolü, s. 335
orgazm evresi, s. 336
prematür ejakülasyon, s. 336
geç boşalma, s. 337
kadında orgazm bozukluğu, s. 338
cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, s. 340
vajinismus, s. 340
disparoni, s. 340
cinsel terapi, s. 341
duyumlara odaklanma, s. 343
sildenafil (Viagra), s. 344
yönlendirilmiş mastürbasyon eğitimi, s. 346
parafili, s. 347
parafili bozukluğu, s. 347
fetişizm bozukluğu, s. 349
mastürbasyonel doygunluk, s. 350
travesti bozukluğu, s. 350
göstermecilik bozukluğu, s. 351
gözetlemecilik bozukluğu, s. 351
sürtünmecilik bozukluğu, s. 352
pedofili bozukluğu, s. 352
nüks önleme eğitimi, s. 353
cinsel mazoşizm bozukluğu, s. 354
cinsel sadizm bozukluğu, s. 354
transeksüel, s. 356
cinsiyetinde yakınma, s. 356
hormon tedavisi, s. 358
yeniden cinsiyet atama ameliyatı, s. 358

## Hızlı Kısa Sınav

1. Hangi cinsel işlev bozuklukları cinsel tepki döngüsünün istek evresi ile ilişkilidir? Bu bozukluklar ne kadar yaygındır ve nedenleri nelerdir? *s. 330-332*
2. Sertleşme bozukluğunun belirtileri nelerdir ve bu bozukluk ne kadar yaygındır? Bu bozukluk cinsel tepki döngüsünün hangi aşamasıyla ilişkilidir? *s. 334*
3. Sertleşme bozukluğunun olası nedenleri nelerdir? *s. 334-336*
4. Hangi cinsel işlev bozuklukları performans kaygısını ve seyirci rolünü içerir? *s. 335, 338*
5. Erken boşalma ve kadında orgazm bozukluğunun belirtileri, görülme oranları ve başlıca nedenleri nelerdir? Bu bozukluklar cinsel tepki döngüsünün hangi aşamasıyla ilişkilidir? *s. 338-340*
6. Cinsel ağrı bozukluklarını yazın, tanımlayın ve açıklayın. *s. 340*
7. Çağdaş cinsel terapinin genel özellikleri nelerdir? Belirli cinsel işlev bozukluklarını tedavi etmek için bunlara ek olarak hangi özel teknikler kullanılır? *s. 341-346*
8. Çeşitli türdeki parafili bozukluklarını yazın, tanımlayın ve açıklayın. *s. 347-355*
9. İtici uyaranla terapi, mastürbasyonel doygunluk ve nüks önleme eğitiminde kullanılan tedavi tekniklerini tanımlayın. Bu teknikler hangi parafili bozukluklarını tedavi etmek için kullanılmaktadır ve ne kadar etkilidir? *s. 350-355*
10. Neden transseksüellik artık bir psikolojik bozukluk olarak görülmemektedir ve cinsiyetinden yakınma neden tartışmalı bir tanı kategorisidir? Günümüzde trans bireyler için hangi müdahaleler ve seçenekler mevcuttur? *s. 356-360*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

12

# ...Şizofreni ve İlişkili Bozukluklar

*Laura, bugün 40 yaşında: Laura'nın arzusu bağımsızlaşabilmek ve evden ayrılmaktı... en kısa sürede... 20 yaşındayken profesyonel bir dansçı oldu... Ve birçok Avrupa ülkesinde performanslara katılması için... Laura ile anlaşma imzaladı...*

*Kocası ile Almanya'daki turnelerin birinde tanıştılar... Evlendiler ve... kocasının işi dolayısıyla Fransa'nın küçük bir kasabasına yerleştiler... Fransa'daki o kasabada... Orada bir yıl geçirdi ve çok mutsuzdu... [Nihayetinde] Laura ve kocası Amerika Birleşik Devletleri'ne göç etmeye karar verdi...*

*Çocukları yoktu ve Laura... evcil hayvanlarla ilgilenmeye başladı. Çok bağlandığı bir köpeği vardı. Köpek hastalandı, kısmi felç oldu ve veterinerler, iyileşme umudunun olmadığını düşünüyordu... Sonunda [kocası] esas konuyu karısına açtı ve bir karar vermesi gerekiyordu: "Köpeği uyutulsun mu yoksa uyutulmasın mı?" O zamandan beri Laura›da huzursuzluk, ajitasyon ve depresif belirtiler görülmeye başlandı...*

*Daha sonra Laura, komşulardan şikâyet etmeye başladı. Alt katta yaşayan kadın onu kızdırmak için duvara vuruyordu. Kocasına göre bu kadın gerçekten birkaç kez duvara vurmuştu; kendisi de bu sesleri duymuştu. Yine de Laura bu konuda giderek daha fazla endişelenmeye başladı ve gecenin yarısında uyanıp, alt kattaki daireden sesler geldiğini söylüyordu. Komşularının yaptığına canı sıkılır ve sinirlenirdi... Daha sonra bu tür sıkıntılar giderek arttı. Artık komşularının kendisinin söylediği her şeyi kaydettiğini hissetmeye başladı; belki de evlerinde gizli kablolar vardı. "Tuhaf" şeyler hissetmeye başladı. Nasıl açıklayacağını bilemediği garip şeyler oluyordu: sokakta yürürken insanlar kendisine tuhaf bir şekilde bakıyorlardı... İnsanların kendisine veya kocasına zarar vermeyi planladığını hissediyordu... Akşam televizyona baktığında bu düşünce onun için bariz hâle geliyordu, programlar onun hayatına atıfta bulunuyordu. Programlardaki insanlar genellikle onun düşüncelerini televizyonda dile getiriyordu. Diğer kişiler fikirlerini çalıyordu. Polise gitmek ve onları bildirmek istedi.*

*(Arieti, 1974, s. 165-168)*

*Richard, 23 yaşında. Lisedeyken ortalama bir öğrenciydi. Liseden mezun olduktan sonra Richard orduya [girdi]... Richard hayatının en kötü dönemlerinden olan... ordudan atıldığı... [o] dönemi hatırladı... Herhangi bir hayal kırıklığı hatta uzak bir ihtimali bile onda endişe nöbetlerine yol açabiliyordu...*

*Sivil yaşama döndükten yaklaşık iki yıl sonra, Richard yetersizlik hisleri nedeniyle bir şey yapamaz hale geldiğinde işten ayrıldı ve yeni bir iş aramayı reddetti. Günün büyük kısmını evde otururak geçiriyordu. Annesi tembelliği ve hiçbir şey yapmak istememesi nedeniyle sürekli söyleniyordu... Onun için giyinip soyunmak ve öz bakım giderek zorlaştı. Evden dışarı çıktığı zaman, baktığı her şeyle ilgili muhakkak bir "fikir yürütmek" zorunda hissetti. Evin dışındayken ne yapacağını, nereye gideceğini ve ne tarafa yöneleceğini bilmiyordu, kafası karmakarışıktı... Yoldan karşıya geçerken kırmızı ışık gördüğünde o yöne gitmemesi gerektiğine dair bir mesaj olarak yorumluyordu... Bir yön tabelası gördüğünde de bunun kendisine tanrı tarafından gönderilen bir mesaj olduğuna inanıyor ve o tarafa gitmesi gerektiğini düşünüyordu. Kaybolmuş ve korkmuş bir vaziyette eve döner ve eve kapanırdı. Dışarı çıkmaktan korkardı çünkü dışarı çıkmak onun için altından kalkamayacağını düşündüğü kararlar vermek ya da seçim yapmak demekti. Sonunda çoğu zaman evde kaldığı bir noktaya ulaştı. Ancak evde olduğu zamanlarda bile yaşadığı belirtiler ona zulmetmeye devam ediyordu. Hareket edemez hâle geldi, yapma isteği duyduğu herhangi bir hareket ona aşılmaz bir engel gibi geliyordu çünkü yapıp yapmaması gerektiğini bilmiyordu.*

BÖLÜM AKIŞI


- Şizofreninin Klinik Tablosu
  - Şizofreninin Belirtileri Nelerdir?
  - Şizofreninin Seyri Nasıldır?
- Kuramcılar Şizofreniyi Nasıl Açıklar?
  - Biyolojik Görüş
  - Psikolojik Görüş
  - Sosyokültürel Görüş
  - Gelişimsel Psikopatoloji Görüşü
- Şizofreni ve Diğer Ciddi Ruhsal Bozukluklar Nasıl Tedavi Edilir?
  - Geçmişteki Kurumsal Bakım Hizmeti
  - Kurumsal Bakım Hizmeti Daha İyiye Gidiyor
  - Antipsikotik İlaçlar
  - Psikoterapi
  - Toplum Yaklaşımı
- Önemli Bir Ders


Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

TABLO: 12-1

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Şizofreni |
|---|
| 1. 1 ay boyunca çoğu zaman kişide aşağıdaki belirtilerden iki veya daha fazlası görülür: • Sanrılar (Delüzyonlar) • Varsanılar (Halüsinasyonlar) • Dağınık konuşma • Katatoni dâhil olmak üzere motor aktivitede anormallikler • Negatif belirtiler. |
| 2. Kişinin sahip olduğu belirtilerden en az birinin delüzyonlar (sanrılar), halüsinasyonlar (varsanılar) veya dağınık konuşma olması gerekir. |
| 3. Kişinin çeşitli yaşam alanlarındaki işlevselliği, belirtilerden öncesine göre çok daha kötüdür. |
| 4. Belirtilerin yoğunlaştığı bu bir ayın ötesinde, işlevsellikteki bozulma en az 5 ay daha bir dereceye kadar devam eder. . |

Bilgiler APA 2013'ten alınmıştır.

*Yanlış bir şey yapmaktan giderek daha fazla korkar hâle geldi. Bu korkuları onu giyinmek, üstünü değiştirmek, yemek yemek ve bunun gibi olağan aktivitelerden alıkoyar hâle geldi. Yatakta sanki felçliymiş ve hareket edemezmiş gibi hissediyordu. Giderek daha da kötüleşti, hiç hareket edemez hâle geldi ve sonunda hastanelik oldu...*

*Kararsız bir şekilde kendini öylesine tepki veremez bir hâlde görüyordu ve çoğu zaman, bazen günlerce bir heykel gibi sessiz ve hareketsiz kaldığı oluyordu.*

*(Arieti, 1974, s. 153-155)*

Sonuçta Laura ve Richard şizofreni tanısı aldı (APA, 2013). Şizofrenisi olan kişilerde, geçmişte işlevsel ya da en azından kabul edilebilir bir yaşam sürseler de zamanla alışılmadık algıların, tuhaf düşüncelerin, rahatsız edici duyguların ve motor anormalliklerinin vahşi doğasına doğru çekilirler. Laura ve Richard gibi şizofrenisi olan insanlar, gerçeklikle bağlantının kaybedildiği psikoz deneyimi yaşarlar. Çevreyi algılama ve yanıt verme kabiliyetleri; evde, okulda veya iş yerinde çalışamayacak kadar bozulabilir (Marder & Davis, 2017). Varsanıları (halüsinasyonları /yanlış duyusal algılar) veya sanrıları (delüzyonları/yanlış inançlar) olabilir veya başka bir dünyaya çekilebilirler. DSM-5, bahsedilen belirtiler altı ay veya daha uzun süre devam ettiği takdirde şizofreni tanısını önermektedir (bk. Tablo 12-1).

10. Bölüm'de de gördüğünüz gibi LSD, amfetaminin ya da kokain kötüye kullanımı da psikozu ortaya çıkartabilir. Aynı şekilde bazı beyin hasarları ve hastalıkları ile majör depresif bozukluk veya bipolar bozukluk gibi ciddi psikolojik sorunlarda da psikoz görülebilir. Yine de yaygın olarak psikoz, şizofreni formunda karşımıza çıkar.

Aslında DSM-5'te listelenen, her biri belirli süreler ve belirti gruplarıyla birbirinden ayrışan bir dizi şizofreni benzeri bozukluk vardır (bk. **Tablo 12-2**). Bu psikotik bozuklukların tümü şizofreni ile benzerlik gösterdikleri için şizofreniyi de içerecek şekilde topluca şizofreni spektrum bozuklukları olarak adlandırılırlar (APA, 2013). Şizofreni bu bozuklukların en yaygın olanıdır. Klinik teorisyenler, şizofreni için sunulan açıklama ve tedavilerin çoğunun diğer bozukluklar için de geçerli olduğuna inanmaktadır (Bole ve diğ., 2017).

Dünyada her 100 kişiden yaklaşık 1'i şizofreniden muzdarip olmaktadır (Fischer ve Buchanan, 2018). 3,6 milyonu Amerika Birleşik Devletleri'nde olmak üzere dünya çapında tahminen 21 milyon insan bu bozukluktan etkilenmiştir (WHO, 2018; NIMH, 2017). Erkek ve kadınlarda görülme oranı birbirine eşittir. Erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 23, kadınlarda ise 28'dir.

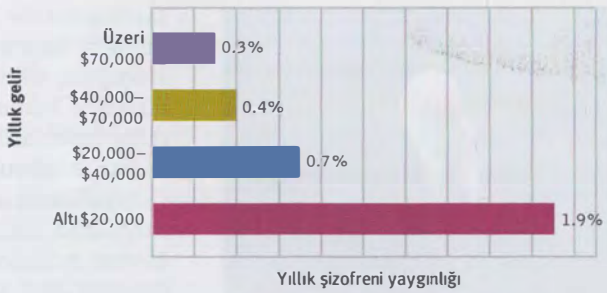
TABLO: 12-2

## Şizofreni Spektrum Bozuklukları: Psikoz Kümesi

| Bozukluk | Tipik Özellikler | Süre | Yaşam Boyu Yaygınlığı |
|---|---|---|---|
| **Şizofreni** | Sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, kısıtlı ya da uygunsuz duygulanım ve katatoni gibi çeşitli psikotik belirtiler. | 6 ay veya daha fazla | %1 |
| **Kısa psikoz bozukluğu** | Sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, kısıtlı ya da uygunsuz duygulanım ve katatoni gibi çeşitli psikotik belirtiler. | 1 aydan az | Bilinmiyor. |
| **Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk** | Sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, kısıtlı ya da uygunsuz duygulanım ve katatoni gibi çeşitli psikotik belirtiler. | 1 ila 6 ay | %0.2 |
| **Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozzukluk** | Hem şizofreninin hem de bir majör depresif dönemin veya bir manik dönemin belirgin belirtilerinin varlığı. | 6 ay veya daha fazla | Bilinmiyor. |
| **Sanrısal bozukluk** | Tuhaf olmayan ve şizofreniden kaynaklanmayan kalıcı sanrılar; kötülük görme, kıskançlık, büyüklenmecilik ve somatik sanrılar yaygındır. | 1 ay veya daha fazla | %0,1 |
| **Başka bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk** | Tıbbi bir hastalık veya beyin hasarının neden olduğu varsanılar, sanrılar veya dağınık konuşma. | Minimum süre yok | Bilinmiyor. |
| **Madde/ilaç kaynaklı psikotik bozukluk** | İlaç kötüye kullanımı gibi doğrudan bir maddenin neden olduğu varsanılar, sanrılar veya dağınık konuşma. | Minimum süre yok | Bilinmiyor. |

Bilgi: Rosell, 2018; Manschreck, 2017; Marder ve Davis, 2017; APA, 2013..

Şizofreninin finansal maliyeti çok fazla olsa da duygusal maliyeti daha da fazladır. 7. Bölüm'de okuduğunuz gibi bu bozukluğa sahip kişilerin intihara teşebbüs etme olasılığı genel nüfusa göre çok daha fazladır. Şizofrenisi olanların yüzde 25'inin intihar girişiminde bulunduğu ve yüzde 5'inin intihar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (SAMHSA, 2018). Ek olarak bozukluğa sahip olan kişilerde genellikle ölümcül olabilecek fiziksel hastalıklara sahip olma riski daha çoktur, ortalama olarak diğer insanlardan 10 ila 20 yıl daha az yaşarlar (Fischer & Buchanan, 2018).




ŞEKİL 12-1

**Sosyoekonomik Sınıf ve Şizofreni**

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yoksul insanların şizofreni yaşama olasılığı zengin insanlardan daha fazladır (Bilgi: Gruebner ve diğ., 2017; Uher & Zwicker, 2017; Sareen ve diğ., 2011).

Şizofreni tüm sosyoekonomik gruplarda görülse de düşük sosyoekonomik düzeyden kişilerde daha sık görülmektedir (Gruebner ve diğ., 2017; Uher ve Zwicker, 2017) (bk. Şekil 12-1). Bu bilgi, bazı kuramcıları yoksulluğun sebep olduğu stresin bizzat bozukluğun nedeni olduğuna inanmaya yöneltmiştir. Bununla birlikte belki de şizofreni, kişilerin sosyoekonomik olarak daha alt bir seviyeye düşmelerine ya da yoksulluğun sürmesine de yol açmaktadır. Buna bazen *aşağı doğru sürüklenme* kuramı denir.

İnsanlar uzun zamandır şizofreniye büyük ilgi gösteriyorlar, bu bozukluğa olan hayranlığımızı perçinleyen veya belki de istismar eden oyunlara ve filmlere akın ediyorlar. Yine de ilerleyen kısımlarda okuyacağınız gibi ülkemizde şizofrenisi olan kişilerin çoğu ihmal ediliyor, ihtiyaçları neredeyse tamamen görmezden geliniyor. Etkili müdahaleler geliştirilmiş olmasına rağmen birçok hasta yeterli tedavi görmeden yaşamlarını sürdürmek zorunda kalıyor ve insan olarak potansiyellerini gerçekleştirmeleri mümkün olmuyor.

# Şizofreninin Klinik Tablosu

Şizofreninin belirtileri, kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Benzer şekilde tetikleyici faktörler, bozukluğun seyri ve tedaviye yanıt vermesi de farklılık göstermektedir (APA, 2013). Aslında günümüz klinisyenlerinin çoğu, şizofreninin aslında bazı ortak özelliklere sahip olan bir grup farklı bozukluk olduğuna inanmaktadır (Fischer & Buchanan, 2018). Şizofreninin tek bir bozukluk mu yoksa birkaç bozukluğun birleşimi mi olduğuna bakılmaksızın bu belirtilerle mücadele etmek zorunda kalan insanların yaşamları acı ve kargaşa ile doludur.

## Şizofreninin Belirtileri Nelerdir?

Bölümün başında anlatılan Laura ve Richard'ı tekrar hatırlayın. Her ikisi de öncesinde normal bir işlevsellik gösterirken bu durum bozuldu ve dünyayla başa çıkma konusunda etkisiz bir hâle geldi. Her ikisinde de şizofrenide görülen bazı belirtiler vardı. Bu belirtiler üç kategoriye ayrılabilir: *pozitif belirtiler* (düşünce, duygu ve davranışların aşırılığı), *negatif belirtiler* (düşünce, duygu ve davranış eksiklikleri) ve *psikomotor belirtiler* (olağandışı hareketler veya jestler). Şizofrenisi olanların bazılarında pozitif belirtiler, bazılarında ise negatif belirtiler daha baskın görülürken aslında bir kişide her iki tür semptoma da belirli ölçüde rastlanmaktadır. Ek olarak şizofreni hastalarının yaklaşık yarısı, hafıza ve diğer bilişsel işlevlerle ilgili önemli zorluklar yaşarlar (Fischer & Buchanan, 2018).

**Pozitif Belirtiler** Bir kişinin davranışındaki "patolojik aşırılıklar" veya eklenen tuhaflıklar olarak tanımlanabilir. *Sanrılar, dağınık düşünce ve konuşma, algılardaki hassasiyetin artması ve halüsinasyonlar* ile *uygunsuz duygulanım* şizofrenide en sık görülen pozitif belirtilerdir.

**SANRILAR (DELÜZYONLAR)** Şizofrenisi olan kişilerin çoğu, gerçekliğine inandıkları ama aslında hiçbir temeli olmayan **sanrılar** yani fikirler geliştirirler. Sanrıları olan kişi, aklında beliren fikirleri makul bulabilir veya kafası karışabilir. Bazı insanlarda yaşamlarına ve davranışlarına hâkim olan tek bir sanrı görülürken diğerlerinde birçok sanrı olabilir. *Kötülük görme (perseküsyon) sanrıları*, şizofrenide en yaygın görülen

**şizofreni** Olağandışı algılar, garip düşünceler, rahatsız duygular ve motor anormallikler nedeniyle işleyişin bozulduğu psikotik bir bozukluk.

**psikoz** Bir kişinin temel alanlarda gerçeklikle temasını kaybettiği bir durum.

**pozitif belirtiler** Düşüncelere, duygulara veya davranışlara aşırı veya tuhaf eklemelerin yapıldığı şizofreni belirtileri.

**sanrı** Aksini gösteren kanıtlara rağmen sıkıca tutulan garip yanlış inanç.



Paul Brown/REX/Shutterstock

**Paylaşılmış sanrılar** Bir sanrı veya varsanıyı iki veya daha fazla kişi paylaştığında buna folieà deux veya paylaşılmış psikoz denir. Kısa süre önce yaşanan talihsiz bir olayda 12 yaşındaki iki kız, birçok internet kullanıcısının günlük yaşamlarında ara sıra gördüklerini ve korktuklarını rapor ettikleri efsanevi bir "korku karakteri" olan *Zayıf Adam'ı* (Slender Man) durdurmaya ve bastırmaya çalıştıklarını söyleyerek bir sınıf arkadaşlarını defalarca bıçakladılar. (Buradaki resimde bu karakter, bir bilimkurgu kongresinde canlandırılmıştır.) Sonrasında klinisyenler, saldırıda bulunan bu kızların şizofreni spektrum bozukluğuna sahip olduğunu doğruladılar.

**biçimsel düşünce bozukluğu** Düşüncenin üretimi ve organizasyonundaki bozukluk.

**varsanı** Dış uyaranlar olmamasına rağmen görüntülerin, seslerin veya diğer algıların deneyimlenmesi.

sanrılardandır (APA, 2013). Bu tür sanrılara sahip kişiler, kendilerine komplo kurulduğuna veya ayrımcılığa maruz bırakıldıklarına, gözetlendiklerine, kendilerine iftira atıldığına, tehdit edildiklerine, saldırıya uğradıklarına veya kasıtlı olarak mağdur edildiklerine inanırlar. Örneğin Laura, komşularının onu sinirlendirmeye çalıştığına ve diğer insanların kendisine ve kocasına zarar vermeye çalıştığına inanıyordu.

**Filozof Friedrich Nietzsche, "Bireylerde delilik nadir görülen bir şeydir; ancak gruplarda, partilerde, uluslarda ve çağlarda delilik bir kuraldır" demiştir. Sizce, tam olarak ne demek istemiştir?**

Şizofrenisi olan kişiler *referans (alınma) sanrılarına* da sahip olabilirler yani başkalarının eylemlerine veya çeşitli nesne veya olaylara özel ve kişisel anlamlar yüklerler. Örneğin Richard, sokak tabelalarındaki okları, gitmesi gereken yönün göstergeleri olarak yorumladı. *Grandiyöz (Büyüklük) sanrıları* olan insanlar ise kendilerinin büyük bir mucit, dinî bir önder veya özel yetkilendirilmiş bir kişi olduğuna ve *kontrol sanrıları* olan kişiler ise duygu, düşünce ve eylemlerinin başkaları tarafından kontrol edildiğine inanırlar.

**DAĞINIK (DEZORGANİZE) DÜŞÜNME VE KONUŞMA** Şizofrenisi olan kişiler, mantıklı düşünemeyebilir ve tuhaf şekillerde konuşabilirler. Toplu olarak **biçimsel düşünce bozuklukları** olarak adlandırılan bu güçlükler, hastada büyük bir kaf'a karışıklığına neden olabilir ve iletişimi son derece zorlaştırabilir. Genellikle bu tür düşünce bozuklukları, çağrışım gevşekliği, neolojizmler (dil/kelime uydurma), perseverasyon ve *uyaklı çağrışım* gibi pozitif semptomlar (patolojik aşırılıklar) şeklini alır.

En yaygın biçimsel düşünce bozukluğu olan *gevşek veya dağınık çağrışımı* olan insanlar, tutarsız ifadelerinin anlamlı olduğuna inanarak bir konudan diğerine hızla geçerler. Bir cümledeki tek, belki de önemsiz bir kelime, bir sonrakinin odak noktası hâline gelir. Şizofrenisi olan bir adam, kollarının kaşıntısı sorulduğunda ve şöyle cevap verdi:

> *Sorun böcekler. Ağabeyim böcek toplardı. O şimdi 1,77cm'lik bir adam. Biliyor musun, 10 benim en sevdiğim sayı. Ayrıca dans etmeyi, resim yapmayı ve televizyon izlemeyi severim.*

Şizofrenisi olan bazı kişilerde yalnızca onları kullanan kişi için anlam ifade eden uydurma kelimeler anlamına gelen *uyaklı çağrışım* veya *neolojizm* de görülür. Örneğin birisi "Buraya yabancı bir üniversiteden geldim... ve çocuk döneminin geride kalması yasasının geçmesi için bir anlığına her şeyi *duruklaştırmanız* gerekir... Bu, bir *"istemlilik"* yasasıdır... Çocukların bu *"vurgunlaştıran"* yasayı hissetmeleri gerekir, böylece kilisenin "öldürüm" yasasından muaf olurlar." şeklinde bir cümle kurabilir (Vetter, 1969, s. 189) Diğerleri, sözcükleri ve ifadeleri tekrar tekrar yinelemeleri şeklinde bir *perseverasyona* sahip olabilir. Son olarak bazıları kendilerini düşünmek veya ifade etmek için *klang* ya da kafiye kullanır. Nasıl hissettiği sorulan bir adam, "Eh işte, cehennem, senden, nedense öylesine..." diye yanıtlarken bir diğeri havayı tanımlarken "Çok sıcak, bilirsin, neredeyse karyolada yakacak." şeklinde bir cümle kurabilir. Araştırmalar, bazı insanlarda şizofreninin tüm belirtileri ortaya çıkmadan çok önce o kişilerde dağınık konuşma veya dağınık düşünce örüntülerinin olabileceğini öne sürmektedir (Remington ve diğ., 2014).

**ALGILARIN ARTMASI VE VARSANILAR** Şizofrenisi olan bazı kişilerin algı ve dikkatlerinin daha yoğun olduğu görülmektedir (Spagna ve diğ., 2018). Kişiler duyularının, kendilerini çevreleyen tüm görüntü ve sesler tarafından sarmalandığını hissedebilirler. Bu durum, yaşamdaki önemli etkinliklere dâhil olmalarını neredeyse imkânsız hâle getirir. Şizofrenisi olan kişilerin sahip olduğu bu tür sorunlar, asıl bozukluğun ortaya çıkmasından yıllar önce baş gösterebilir (Fischer & Buchanan, 2018). Bu tür belirtilerin şizofreni hastalarının çoğunda yaygın olan bellek bozukluklarına daha fazla yol açması da mümkündür (Boudewyn, 2017).

Şizofrenideki bir başka algısal problem türü, bir kişinin dış uyaranların yokluğunda sahip olduğu algılardan yani **varsanılardır (halüsinasyonlar)** (bk. ***Bilgi Merkezi***). Şizofrenide açık ara en yaygın varsanı türü olan *işitsel* varsanılarda kişiler, kafalarının dışından geliyormuş gibi algıladıkları sesler ve konuşmalar duyarlar. Bu sesler doğrudan varsanısı olan kişiyle konuşabilir, ona komutlar verebilir, tehlikelere karşı onu uyarır veya dinleyici olarak deneyimlenebilirler.

# VARSANILAR

**Varsanılar**, dış uyaranlar yokken deneyimlenen görüntüler, sesler, kokular ve diğer algılardır.

## VARSANI TÜRLERİ



**İŞİTSEL VARSANILAR:** Sanki kafanın dışından geliyormuş gibi hissedilen sesler ve konuşmalar

**GÖRSEL VARSANILAR:** Belirsiz renk ve gölgelerin veya belirgin insan ya da nesnelerin algılanması

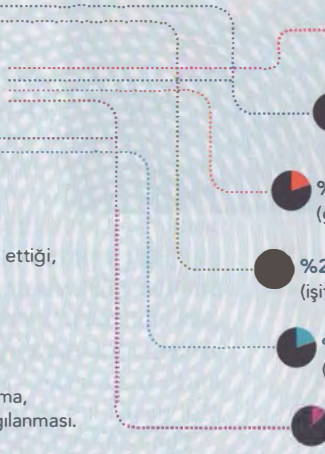
**KOKU ALMAYLA İLGİLİ VARSANILAR:** Zehir veya duman kokusu gibi başka kimsenin duymadığı kokular

**TAT ALMA VARSANILARI:** Yiyecek veya içeceklerin tadı sürekli olarak garip gelir.

**SOMATİK VARSANILAR:** Vücudun içinde bir şeyin hareket ettiği, örneğin midede sürünen bir yılan olduğu hissi

**DOKUNSAL VARSANILAR:** Deride karıncalanma, yanma ya da elektriklenme duyumlarının algılanması.

**Bu varsanılar ayrıca aşağıdaki durumlarda da yaşanabilmektedir.**




(Linszen et al., 2018; Sacks, 2017, 2012; AFA, 2014; Mandal, 2014; Knott, 2011; Norton, 2011; Frey, 2005)

Varsanılar şunlardan farklıdır

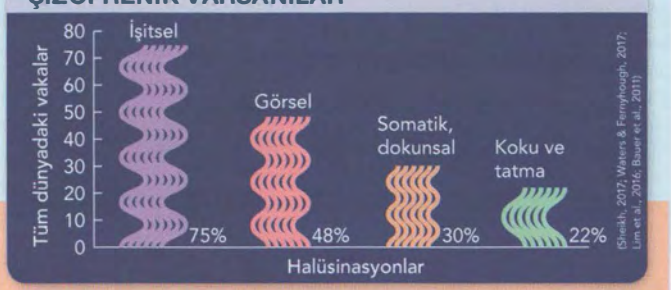
**İllüzyonlar:** Çarpık veya yanlış yorumlanmış gerçek algılar

**İmgeleme/fantazi:** İstemli kontrol altındadır ve gerçek algıyı taklit etmez

**Rüya:** Kişi uykudayken ortaya çıkar

**Yalancı varsanılar:** Kişi tarafından gerçek dışı olarak kabul edilen ve kısmen gönüllü kontrol altında olan, içten tetiklenen, canlı algılar.

## ŞİZOFRENİK VARSANILAR




(Sheikh, 2017; Waters & Fernyhough, 2017; Lim et al., 2016; Bauer et al., 2011)

## VARSANILAR "NORMAL" OLABİLİR

Birçok insan, herhangi bir bozukluk veya madde alımından kaynaklanmayan halüsinasyonlar yaşayabilir. Bu varsanılar. . .

- nüfusun %10-12 kadarını etkiler
- ortalama olarak her 3 günde bir meydana gelir
- 2-3 dakika sürer
- sürenin %60'ında kontrol edilebilir
- yanlış yorumlanmazsa, çok az sıkıntıya veya aksamaya neden olur

(Sheikh, 2017; Read, 2016; de Leede- Smith & Barkus, 2013; Daalman ve diğ ,2011)

**37% Hipnagojik Varsanılar** Bazı insanların uykuya dalarken geometrik desenler, yüzler veya manzaralar deneyimlemesi

**12.5% Hipnopompik Varsanılar** Bazı insanların uyanırken eometrik desenler, yüzler veya manzaralar deneyimlemesi

(Soffer-Dudek, 2017; de Leede-Smith & Barkus, 2013; Daalman ve diğ., 2011)

## İŞİTSEL VARSANILAR İÇİN FİZYOLOJİK AÇIKLAMALAR

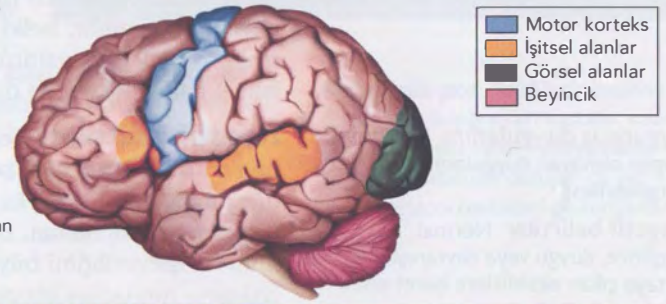
Birincil işitsel korteksin **ANORMAL AKTİVASYONU**

İçsel diyalogların, kendine ait olduğunu ayırt etmede **BAŞARISIZLIK**

İşitsel alanlardaki çapraz aktivasyon sonucunda, çoğu insanın düşünce olarak deneyimlediği şeyi tamamen "dış konuşma olarak" algılaması.

Sözlü düşünmeye eşlik eden alt ses akışına yönelen **ANORMAL DÜZEYDE DİKKAT ETME**

İşitsel alanlar, motor korteks, görsel alanlar, bazal ganglionlar, beyincik, hipokampus ve amigdalayı içeren beyin ağının aktivasyonundan kaynaklanan **MÜZİKAL VARSANILAR**




## ÇAĞLAR BOYUNCA VARSANILAR

**Antik dönemler:** Tanrı veya Tanrıçalardan gelen bir armağan

**18. Yüzyıl Öncesi:** Tanrılar, şeytanlar, melekler veya cinler gibi doğa üstü varlıklardan kaynaklanır

**18. Yüzyıl ortaları:** Beyindeki belirli merkezlerin aşırı aktivitesinden kaynaklanır.

**1990'lar:** Kortikal ve subkortikal yapılardaki bir devreden kaynaklanır

(Groppman, 2017; Sacks, 2017, 2012; Shergill et al., 2000)



Şizofrenide halüsinasyonların fonksiyonel nöroanatomisi'nden alınmıştır. Macmillan Publishers Ltd. D.A. Silbersweig ve diğ.,Nature, 378 (9 Kasım 1995), 6553. Nature © 1995'in izniyle yeniden basılmıştır. Courtesy D.A. Silbersweig

**Varsanılar sırasında insan beyni** Bir kişinin işitsel varsanılar sırasında çekilen bu PET tarama görüntüsü, konuşmanın üretmesine yardımcı olan beyin bölgesi Broca alanı ve sesleri duymaya yardım eden beyin bölgesi olan işitsel korteksteki yüksek aktiviteyi (sarı-turuncu) göstermektedir. Böylece halüsinasyon gören insanların kendi beyinleri tarafından üretilen sesleri duydukları anlaşılmaktadır (Juckel, 2014; Silbersweig ve diğ., 1995).

Araştırmalar, işitsel halüsinasyonları olan kişilerin beyinlerinde sese dair sinir uyarımlarının üretildiğini, kişilerin bu uyarımı "duyduklarını" ve daha sonra dış bir kaynaktan geldiği şeklinde yorumladıklarını göstermektedir (Hugdahl ve Sommer, 2018). Bir dizi araştırmada beynin insanların konuşma üretmesine yardımcı olan Broca bölgesindeki kan akışı ölçülmüştür (Cui ve diğ., 2018, 2016; McGuire ve diğ., 1996). Araştırmacılar, hastalar işitsel halüsinasyonlar deneyimledikleri sırada Broca bölgesinde kan akışının arttığını bulmuşlardır. Bununla ilgili bir çalışma, şizofrenisi olan altı erkeğe işitsel halüsinasyon deneyimlediklerinde bir düğmeye basmaları söylenmiştir (Silbersweig ve diğ., 1995). Beyin taramaları, düğmeye basıldığında beynin işitme merkezi olan işitsel korteks dokularında aktivite artışı olduğunu ortaya koymuştur.

Halüsinasyonlar diğer duyulardan herhangi biriyle ilgili de olabilmektedir. *Dokunsal* halüsinasyonlarda karıncalanma, yanma veya elektrik çarpması hissi görülebilir. *Somatik* halüsinasyonlarda sanki kişinin midesinde bir yılan sürünüyormuş gibi vücudun içinde bir şeylerin olduğu hissedilir. *Görsel* halüsinasyonlarda belirsiz renk ve gölgeler veya belirgin insan ya da nesnelerin algılanır. *Tat alma* halüsinasyonları olan insanlar yiyecek veya içeceklerinin tadını sürekli olarak garip bulurlarken, *koku* alma halüsinasyonları olan kişiler zehir veya duman kokusu gibi başka kimsenin duymadığı kokuları alırlar.

Halüsinasyonlar ve sanrılar sık sık bir arada görülür (Cutting, 2015). Örneğin ona çeşitli komutlar veren sesleri duyan bir kadın, komutların başka biri tarafından kafasına yerleştirildiği yanılgısına sahip olabilir. Sebep ne olursa olsun ve önce hangisi gelirse gelsin, halüsinasyonlar ve sanrılar birbirini besler.

> *Duyduğum seslerin dairemin duvarlarından, çamaşır ve kurutma makinesinden iletildiğini ve bu makinelerin konuşup bana bir şeyler anlattığını sanıyordum. Devletin daireme vericiler ve alıcılar yerleştirdiğini düşünüyordum. Böylece ben, onların dediklerini duyabilecek ve onlar da benim ne dediğimi duyabilecekti.*
>
> *(Anonymous, 1996, s. 183)*

**UYGUNSUZ DUYGULANIM** Şizofrenisi olan kişilerin çoğunda **uygunsuz duygulanım** yani duruma uygun olmayan duygusal tepkiler gözlenir (Fischer & Buchanan, 2018). İç karartıcı bir durumdayken veya kendilerine kötü bir haber verildiğinde gülümseyebilirler veya aslında kendilerini mutlu edecek durumlarda üzülebilirler. Ayrıca uygun olmayan ruh hâli değişimleri de görülebilir.

Bazı durumlarda bu duygular, şizofreninin diğer özelliklerine bir tepki olarak da ortaya çıkabilir. Örneğin kocasının ciddi bir hastalığı olduğu söylendiğinde gülmeye başlayan şizofreniden muzdarip bir kadın düşünün. Duyduğu haberden gerçekten mutlu olmayabilir, belki de duyduğunu anlamamış hatta söyleneni hiç duymamış olabilir. Bu kadın, yalnızca yoğun olarak deneyimlediği duyusal uyaranlara, belki de işitsel halüsinasyonda duyduğu bir şakaya tepki olarak gülüyor olabilir.

## Negatif Belirtiler

**Negatif belirtiler**, bir kişideki "patolojik kusurlar" gibi görünen o kişide eksik olan şeyleri tanımlayan belirtilerdir. *Konuşma yoksulluğu, künt ve düz duygulanım, istek kaybı* ve *sosyal geri çekilme* şizofrenide yaygın olarak görülür (Fischer ve Buchanan, 2018; Rocca ve diğ., 2014). Bu tür noksanlıklar, kişinin yaşamını ve işlevselliğini büyük ölçüde etkiler.

**KONUŞMA YOKSULLUĞU** Şizofrenisi olan kişilerde genellikle **aloji** veya **konuşma yoksulluğu** görülür. Bu kavramlar, konuşma miktarı veya konuşma içeriğindeki azalmaya işaret eder. Bu tür bir negatif belirtiye sahip olan bazı insanlar çok az düşünür ve çok az şey söylerler. Diğerleri ise çok şey söyleyebilir ama söyledikleri şeyler bir anlam ifade etmez.

**KISITLI DUYGULANIM** Şizofrenisi olan kişilerin çoğunda *künt duygulanım* göze çarpar. Bunun anlamı: Bu kişilerde öfke, üzüntü, neşe ve diğer duygu ifadeleri dışarıya daha az yansır. Doğrusu, bir kısmı neredeyse hiç duygu ifadesi göstermez, bu durum

**uygunsuz duygulanım** Duruma uygun olmayan duyguların sergilenmesi.

**negatif belirtiler** Normal düşünce, duygu veya davranışlarda ortaya çıkan eksikliklere işaret eden şizofreni belirtileri.

**aloji** Konuşma miktarı veya konuşma içeriğinde azalma, şizofreninin bir belirtisi. Konuşma yoksulluğu olarak da bilinir.

**katatoni** Bazı şizofreni türlerinde görülen, katatonik stupor, rijidite veya postür gibi biçimleri olan psikomotor belirtilerin aşırı hâlidir.

düz duygulanım olarak bilinir. Yüzleri hareketsiz, göz temasları zayıf ve sesleri monotondur.

Bu tür bir sınırlı duygulanım, aslında duyguları başkalarının yaptığı şekilde ifade edememeyi tanımlıyor olabilir. Yapılan bir çalışmada bir grup katılımcıya duygusal yoğunluklu film kesitleri izletilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde şizofrenisi olan kişilerin diğerlerine göre daha az yüz ifadesi sergilediği, öte yandan diğer katılımcılarla aynı derecede olumlu ve olumsuz duygu hissettikleri ve aslında diğerlerinden daha fazla deri uyarımı sergiledikleri bulunmuştur (Kring & Neale, 1996). Aslında klinik alanda giderek daha fazla kabul gören bir görüş, şizofreniden muzdarip kişilerin çoğunun duyguları yalnızca içsel olarak deneyimlemekle kalmayıp aynı zamanda yüksek düzeyde kaygı ve/veya depresyonla da mücadele ettikleri yönündedir (Siris ve Braga, 2018, 2017).

**İSTEK/İSTENÇ KAYBI** Şizofrenisi olanların çoğu; enerjilerinin tükendiğini, normal hedeflere karşı ilgilerinin azaldığını, bir eyleme başlayamadıklarını ya da başlayan bir eylemi devam ettiremediklerini deneyimledikleri *isteksizlik* ya da *ilgide azalma (apati)* yaşar. Bu sorun özellikle uzun yıllardır bu bozuklukla birlikte yaşayıp yol açtığı sorunlar nedeniyle yıpranmış olan kişilerde yaygındır. Benzer şekilde, şizofrenisi olan kişiler çoğu durumda kararsızlık veya çelişkili duygular hissedebilir. Daha önce bahsedilmiş olan genç Richard'ın isteksizliği ve kararsızlığı; yemek yemeyi, giyinmeyi ve soyunmayı imkânsız bir hâle getiriyordu.

**SOSYAL GERİ ÇEKİLME** Şizofrenisi olan kişiler, sosyal çevrelerinden uzaklaşıp sadece kendi fikir ve fantezileri dünyalarına çekilebilmektedir (Swain ve diğ., 2017). Düşünceleri mantık dışı ve karışık olduğu için sosyal olarak geri çekilmeleri, onları gerçeklikten daha da uzaklaştırır. Sosyal geri çekilme, diğer insanların ihtiyaçlarını ve duygularını doğru bir şekilde tanıma yeteneği de dâhil olmak üzere sosyal becerilerde bozulmaya da yol açıyor gibi görünmektedir (Fischer & Buchanan, 2018).

**Psikomotor Belirtiler** Şizofrenide bazı *psikomotor belirtiler* görülür. Bu bozukluktan muzdarip kişilerin birçoğu nispeten yavaş hareket eder ve bir kısmı, özel bir amacı varmış gibi görünen (belki de bir ritüel ya da büyüsel bir amaç) hareketler veya tekrarlanan yüz buruşturma hareketleri ve garip jestler yapar (Janssens ve diğ., 2018; Grover ve diğ., 2015).

Şizofreninin psikomotor belirtileri, **katatoni** başlığı altında toplanan bazı aşırı biçimlerde de olabilir. Şizofrenisi olanların yaklaşık yüzde 10'unde bir dereceye kadar katatoni görülür (Coffey, 2017). *Katatonik stupor*daki insanlar; çevrelerine tepki vermeyi bırakırlar, uzun süre hareketsiz ve sessiz kalırlar. Richard'ın günlerce yatakta nasıl hareketsiz ve sessiz yattığını hatırlayın. *Katatonik rijitliği* olan kişiler saatlerce rijit, dik bir duruş sergilerler ve birileri kendilerini hareket ettirmeye çalıştığında buna direnirler. Diğerleri ise uzun süreler boyunca garip, tuhaf pozisyonlarda durarak *katatonik bir duruş (postür)* sergilerler. Son olarak katatoninin farklı bir formu olan *katatonik uyarılması* olan insanlar aşırı bir heyecan içinde birbiri ardına pek çok hareket yapar, bazen kollarını ve bacaklarını çılgınca sallarlar.



Oskar Diethelm Kütüphanesi, Psikiyatri Tarihi Bölümü, Psikiyatri Bölümü, Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi ve New York Hastanesi, New York

**Katatonik poz** 1900'lerin başında çekilmiş bu fotoğraftaki hastalar, uzun süreler boyunca tuhaf pozisyonlarda kaldıkları, katatonik duruşun da yer aldığı katatoni özellikleri gösteriyorlar.

## #ÖzlüSözler

"Yüzü ciddi bir maske gibiydi, ne bir sevgi belirtisi gösterebilir ne de karşıdan alabilirdi."

Bir anne, 1991, şizofrenisi olan kızından söz ediyor.

# Şizofreninin Seyri Nasıldır?

Şizofreni genellikle ilk olarak kişinin ergenliğinin sonları ile otuzlu yaşlarının ortaları arasında ortaya çıkar (Fischer & Buchanan, 2018). Seyri vakadan vakaya büyük ölçüde değişse de birçok kişi; prodromal, aktif ve kalıntı (rezidüel) evreleri olmak üzere üç aşamadan geçiyor gibi görünmektedir (Lee ve diğ., 2017; Fukumoto ve diğ., 2014). *Prodromal evre*de belirtiler henüz belirgin değildir ancak kişi genel anlamda kötüleşmeye başlar. Sosyal olarak geri çekilebilir, belirsiz veya tuhaf şekillerde konuşabilir, tuhaf fikirleri olabilir veya çok az duygu ifade edebilir. Aktif fazda belirtiler belirginleşir. Bazen bu aşama, kişinin hayatındaki stres veya travmatik yaşantılar nedeniyle tetiklenir. Daha önce bahsedilen, orta yaşlardaki Laura için tetikleyici faktör, çok



David X Prutting/BFA/REX/Shutterstock

**Akıl ilişkileri** Taylor Swift gibi ünlülerin pek çoğu, hayranlarının yoğun ilgisine ve meraklı meraklı bakışlara alışık. Fakat takip edilmeye başlandıklarında mesele ciddileşiyor. Takip peşine düşen bazı kişiler, hayran oldukları kişi tarafından sevildiklerine ve ilgilerinin nesnesiyle bir ilişki içinde olduklarına dair yanlış inançlara yani erotomanik sanrılara sahip olabilmektedir. Son yıllarda Swift ve diğer ünlüler, kendilerini sürekli takip eden, evlerine girmeye çalışan, aşk sözcükleri bekleyen ve onları tehdit eden takipçileri için mahkemeden yasal koruma talep etmek zorunda kaldılar.

sevdiği köpeğinin kaybıydı. Son olarak şizofreni hastalarının çoğu, en nihayetinde prodromal evreye benzer bir işlevsellik düzeyine geri döner. Bu aşama *kalıntı/rezidüel faz* olarak adlandırılır. Bu fazda duyguların küntleşmesi gibi bazı negatif belirtiler sürebilir ancak aktif fazın yıkıcı belirtileri bu evrede azalmış durumdadır. Hastaların yüzde 25'i veya daha fazlası şizofreniden tamamen kurtulsa da çoğunluğu hayatlarının geri kalanında en azından bazı kalıntı evresindeki sorunları yaşamaya devam etmektedir (Fischer & Buchanan, 2018; an der Heiden & Häfner, 2011).

Bu aşamaların her biri günlerce veya yıllarca sürebilir. Şizofreniden tam olarak kurtulma ihtimali, şizofreniden önceki yaşamında işlevselliği yüksek olan kişilerde daha olasıdır. Bozukluğun ilk olarak bir stresör tarafından tetiklendiği, aniden ortaya çıktığı veya orta yaşta belirtilerin görülmeye başlandığı ve tedaviye erken başlayan kişiler bu kategoride yer almaktadır. Bozukluğun nüks etmesi, stresli yaşam olaylarının varlığında daha olası görünmektedir (Lange ve diğ., 2017; Remberk ve diğ., 2015).

Birçok araştırmacı, şizofreninin seyrini tahmin etmeye yardımcı olmak için tip I ve tip II şizofreni olarak ayrıştırılması gerektiğini savunmaktadır. *Tip I şizofrenisi* olan kişilerde (vakaların yüzde 80 ila 85'i) sanrılar ve varsanılar gibi pozitif belirtilerin hâkim olduğu görülmektedir (Crow, 2008, 1995, 1985, 1980). *Tip II şizofrenisi* olan kişiler ise (vakaların yüzde 15 ila 20'si) çoğunlukla kısıtlı duygulanım ve konuşma yoksulluğu gibi negatif belirtiler daha belirgindir.

## ... ÖZETLE

**ŞİZOFRENİNİN KLİNİK TABLOSU** Şizofreni; bozulmuş düşünce süreçleri, çarpık algılar, olağandışı duygular ve motor anormallikler nedeniyle kişisel, sosyal ve mesleki işlevselliğin zarar gördüğü bir bozukluktur. Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 1'i bu bozukluktan muzdariptir. Bunun yanı sıra şizofreni belirtileri üç gruba ayrılır. İlk grupta yer alan pozitif belirtiler arasında sanrılar, belirli biçimsel düşünce bozuklukları, halüsinasyonlar ile diğer algı ve dikkat bozuklukları ve uygunsuz duygulanım yer alır. Negatif belirtiler arasında konuşma yoksulluğu, kısıtlı duygulanım, istek kaybı ve sosyal geri çekilme sayılabilir. Şizofrenide her biri katatoni olarak adlandırılan psikomotor belirtiler de görülmektedir. Şizofreni genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkar ve üç aşamada seyretme eğilimindedir: prodromal, aktif ve kalıntı.

# Kuramcılar Şizofreniyi Nasıl Açıklar?

Diğer birçok bozukluk türünde olduğu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel kuramcılar şizofreni için farklı açıklamalar ileri sürmektedir. Şimdiye kadar araştırmalar tarafından açık ara en fazla destek gören yaklaşım ise biyolojik açıklamalara yer veren yaklaşımdır. Ancak bu durum, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin şizofrenide rolü olmadığı anlamına gelmez. Aksine şizofrenide *yatkınlık-stres ilişkisi* rol oynuyor olabilir: biyolojik yatkınlığı olan insanlar ancak belirli türden olaylar veya stresörler de mevcutsa şizofreni geliştireceklerdir (Pruessner ve diğ., 2017). Benzer şekilde yatkınlık-stres ilişkisinin diğer psikotik bozuklukların ortaya çıkmasında da etkili olduğu görülmektedir (bk. ***Psikolojik Gözlem*** sayfa 372).

## Biyolojik Görüş

Son yıllarda şizofreni üzerine yapılmış en aydınlatıcı araştırmalar, genetik araştırmaları ve biyolojik çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar, şizofreni gelişiminde kalıtımın ve beyin aktivitesinin anahtar rolünü ortaya çıkarmış ve tedavideki önemli değişikliklere kapı aralamıştır.

**Genetik Faktörler** Yatkınlık-stres modelinin ilkelerini takip eden genetik araştırmacıları, bazı insanların kalıtsal olarak gelen biyolojik bir mirasa sahip olduğuna ve bu kişiler daha sonra aşırı stresle karşılaştıklarında geç ergenlik veya erken yetişkinlik dönemlerinde şizofreninin geliştiğine inanmaktalardır. Genetik görüş; (1) şizofrenisi

**dopamin hipotezi** Şizofreninin dopamin nörotransmiterinin aşırı aktivitesinden kaynaklandığı teorisi.

**antipsikotik ilaçlar** Karmaşık veya çarpık düşünceyi büyük ölçüde düzeltmeye yardımcı olan ilaçlar.

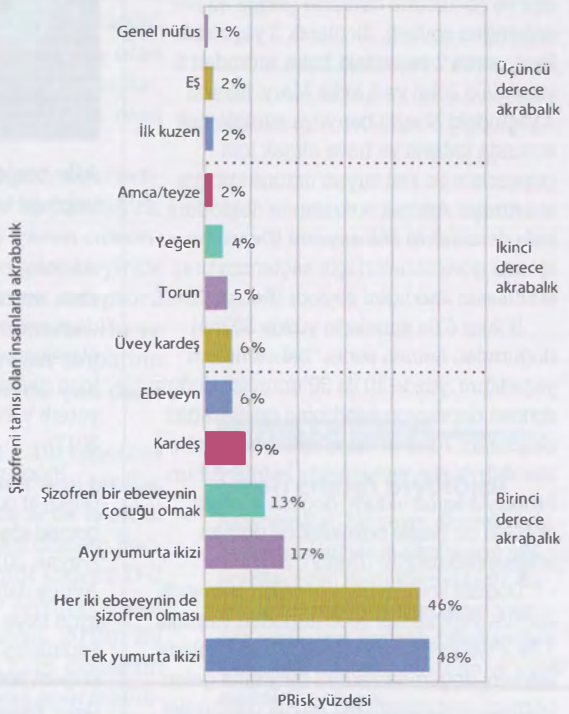
olan kişilerin akrabaları, (2) şizofrenisi olan ikizler, (3) evlat edinilmiş ve şizofrenisi olan kişiler ve (4) şizofreni ile ilgili genler üzerinde yapılan çalışmalarla desteklenmiştir.

**ŞİZOFRENİDE AKRABALAR SAVUNMASIZ MIDIR?** Aile soyağacı çalışmaları, şizofreni ve şizofreni benzeri beyin anormalliklerinin, bozukluğa sahip kişilerin akrabaları arasında daha yaygın olduğunu pek çok kez ortaya koymuştur (Henriksen ve diğ., 2017). Şizofrenisi olan kişiyle akrabalık bağı ne kadar yakınsa bozukluğun gelişme olasılığı da o kadar fazladır (bk. Şekil 12-2).

Bu bozukluğa sahip olan kişilerin akrabaları arasında şizofreni oranının daha yüksek olmasında genetik faktörlerin dışında neler etkili olabilir?

**ŞİZOFRENİDE TEK YUMURTA İKİZLERİ AYRI YUMURTA İKİZLERİNE GÖRE DAHA ÇOK RİSK ALTINDA OLABİLİR Mİ?** Şizofreni araştırmacıları, akrabalık bağının en kuvvetli olduğu grup olan ikizlere araştırmalarında özellikle yer vermektedir. İkizlerin her ikisi de belirli bir özelliğe sahipse bu özellik için *konkordant/uyumlu* oldukları söylenir. Şizofrenide genetik faktörler iş başındaysa (tamamen aynı genleri paylaşan) tek yumurta ikizleri, şizofreni için çift yumurta ikizlerinden (yalnızca bazı genleri paylaşan) daha yüksek bir uyum oranına sahip olmalıdır. Bu beklenti, araştırmalarla desteklenmiştir (Fischer & Buchanan, 2018; Gottesman, 1991). Araştırmalar, tek yumurta ikizlerinden birinin şizofreni geliştirmesi durumunda, diğer ikizin de şizofreni geliştirme olasılığının yüzde 48 olduğunu bulmuştur. Öte yandan ayrı yumurta ikizlerinde, ikinci ikizin bozukluğu geliştirme ihtimali yaklaşık yüzde 17'dir.

**EVLAT EDİNİLEN BİRİNİN BİYOLOJİK AİLESİ RİSK ALTINDA MIDIR?** Evlat edinme çalışmaları, bebekken evlat edinilmiş olan ve yetişkinlik yaşamında şizofreniden muzdarip olan kişileri inceler ve onları hem biyolojik hem de evlat edinen aileleriyle karşılaştırır. Biyolojik ailelerinden ayrı büyüdükleri için biyolojik akrabalarda benzer belirtilerin gözlenmesi, genetik etkiler için bir kanıt oluşturabilirken evlat edinen ailede var olan benzerlikler ise çevresel etkileri öne çıkarır. Sonuçta bu doğrultuda yapılmış pek çok araştırma, şizofrenisi olup aynı zamanda bebekken evlat edinilen kişilerin biyolojik akrabalarının, evlat edinildikleri aile üyelerine göre şizofreni veya başka bir şizofreni spektrum bozukluğu geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Henriksen ve diğ., 2017).




**ŞEKİL 12-2**

**Aile bağları**

Şizofrenisi olan biriyle biyolojik olarak akraba olan kişilerin, yaşamları boyunca bu bozukluğu geliştirme riski diğer insanlardan daha yüksektir. Biyolojik ilişki ne kadar yakınsa (yani genetik yapı ne kadar benzerse) bozukluğu geliştirme riski o kadar artar (Bilgi kaynağı: Henriksen ve diğ., 2017; Bhatia ve diğ., 2016; Gottesman, 1991, s. 96).

**GEN ÇALIŞMALARI NE ÖNERİYOR?** Bipolar bozukluklarda olduğu gibi (bk. Bölüm 6), araştırmacılar şizofrenideki olası genetik faktörleri saptamak için *gen bağlantıları* ve *moleküler biyoloji* çalışmaları yürütmüştür (Uher & Zwicker, 2017). Bu tür araştırma prosedürlerini kullanan çalışmalar, 1, 2, 6, 8, 10, 13, 15, 18, 20 ve 22 kromozomları ile X kromozomu üzerindeki olası gen kusurlarını belirlemiş ve bunların her birinin bir kişiyi şizofreniye yatkın hâle getirebileceğini ortaya koymuştur (Zhao ve diğ., 2018; Xu ve diğ., 2017). Bugüne kadar belirlenen şizofreni ile bağlantılı spesifik gen dizilerinin sayısının toplamı 281'den fazladır (Tartakovsky, 2016)! Bu tür bulgular, diğer birçok bozuklukta olduğu gibi şizofreninin de gen kusurlarının bileşiminden oluşan *poligenetik bozukluk* olduğunu gösterebilir (Fischer & Buchanan, 2018).

Peki, genetik faktörler nasıl olur da şizofreniye yol açar? Araştırmalar, büyük olasılıkla kalıtsal olan iki tür biyolojik anormalliğe işaret etmektedir: *biyokimyasal anormallikler* ve *işlevsiz beyin devreleri*.

## Biyokimyasal Anormallikler

Geçtiğimiz elli yılda araştırmacılar, şizofreniyi açıklamaya yardımcı olabilecek olan **dopamin hipotezini** geliştirdiler: dopamin nörotransmiterini kullanan belirli nöronların çok sık ateşlenmesi ve alıcı nörona çok fazla sayıda mesaj göndermesi sonucunda şizofreni belirtilerinin ortaya çıkması (Martino ve diğ., 2018). Bu hipotez, son yıllarda bazı meydan okumalarla karşılaşmış ve üzerinde düzenlemeler yapılmış olsa da hâlâ çok etkilidir. Bu bölümün ilerleyen kısımlarında göreceğiniz gibi hipotezin ortaya atılmasına yol açan olaylar zinciri, **antipsikotik ilaçların** yani şizofreni semptomlarının ortadan kaldırılmasına yardımcı olan ilaçların tesadüfen keşfedilmesiyle başlamıştır. Antipsikotik ilaçların ilk

PSİKOLOJİK GÖZLEM

# Postpartum Psikoz: Tehlikeli Bir Sendrom

2001 yılının 20 Haziran sabahı, ulusal televizyon kanalını açanlar, 36 yaşındaki Andrea Yates'in polis eşliğinde ekip aracına bindirildiği sahneleri dehşet içinde izledi. Kadın birkaç dakika önce polisi aramış ve "uygun bir gelişim göstermedikleri" ve "[kendisinin] onlara iyi bir anne olmadığını fark ettiği" için beş çocuğunu küvette boğduğunu itiraf etmişti.

Cinayet masasında görevli Eric Mehl, Andrea'nın gözlerinin içine nasıl baktığını, başını salladığını, sorulannın çoğuna "Evet, efendim!" şeklinde yanıtlar vermesini ve çocukların öldürme şeklini iki kez anlattığını söyledi. İlk olarak 3 yaşındaki Paul, sonra 2 yaşındaki Luke, ardından 5 yaşındaki John ve 6 aylık Mary. En son 7 yaşındaki Noah'ı banyoya sürüklemek zorunda kalışını ve hava almak için çırpınırken iki kez suyun üstüne çıkışını anlatmıştı. Andrea sonrasında doktorlara, kafa derisindeki 666 sayısını (Deccal'in işareti) görebilmeleri için saçlannın tıraş edilmesini istediğini söyledi (Roche, 2002).

Bölüm 6'da annelerin yüzde 80'inin doğumdan hemen sonra "bebek hüznü" yaşadığını, yüzde 10 ila 30'unun ise doğum sonrası depresyon sendromu gösterdiğini okudunuz. Andrea Yates'inki gibi vakalar aracılığıyla son zamanlarda kamuoyunun fazlasıyla aşina olduğu doğum sonrası görülen bir başka bozukluk da doğum sonrası psikozudur (Denno, 2017).

Doğum sonrası psikoz, yakın zamanda doğum yapmış her 1000 anneden yaklaşık 1 ila 2'sini etkiler (Payne, 2018). Belirtilerin kısmen, doğumdan sonra meydana gelen hormon seviyelerindeki büyük değişimler tarafından tetiklendiği görülmektedir (Jones ve diğ., 2014; Meinhard ve diğ., 2014). Yeni doğum yapmış olan kadın, günler veya haftalar içinde sanrılar (Örneğin bebeğinin şeytan olduğunu iddia edebilir.) ve varsanılar (örn. gerçekte olmayan sesler duyma) gibi gerçeklikle bağlantısının koptuğu belirtiler ile birlikte aşın bir kaygı, kafa karışıklığı ve yönelim bozukluğu; uyku kalitesinin bozulması;



Photo Courtesy of Yates Family/Getty Images

**Aile trajedisi** Tarihi bilinmeyen bu fotoğrafta Andrea Yates, kocası ve daha sonra boğduğu beş çocuğundan dördü ile birlikte poz veriyor.

mantıksız veya kaotik düşünceleri (örn., kendini veya çocuğunu öldürme düşünceleri) deneyimleyebilir. Tedavi tipik olarak antipsikotik ilaçlar ve psikoterapiden oluşsa da bu tedavinin etkililiğine yeterli veri bulunmamaktadır (Payne, 2017).

Bipolar bozukluk, şizofreni veya majör depresif bozukluk öyküsü olan kadınlar bu bozukluğa karşı özellikle savunmasızdır (Payne, 2018; Di Florio ve diğ., 2014). Aynca daha önce doğum sonrası depresyon veya doğum sonrası psikoz yaşayan kadınların sonraki doğumlannın ardından doğum sonrası psikoz geliştirme olasılığı daha yüksektir (Payne, 2018; Bergink ve diğ., 2012). Örneğin Andrea Yates, geçmişte doğum sonrası depresyon (ve belki de doğum sonrası psikoz) belirtileri göstermiş, dördüncü çocuğunun doğumundan sonra ise bir intihar girişiminde bulunmuştu (Denno, 2017). Fakat o dönem antipsikotik ilaçların da yer aldığı bir ilaç tedavisine olumlu yanıt verdiği için o ve kocası beşinci çocuklarını yapma karan almışlardı.

Beşinci çocuğunun doğumundan sonra Yates'te psikotik özelliklerin de eklendiği depresif belirtiler görülmeye başlandı. Yates, tekrar intihara teşebbüs etti. İki kez hastaneye kaldınlıp çeşitli ilaçlarla tedavi edilmesine rağmen durumu düzelmedi. Beşinci çocuğu Mary'yi doğurduktan altı ay sonra, beş çocuğunu da boğdu. Bu bozukluğun görüldüğü kadınlann küçük bir kısmı çocuklarına zarar vermeye çalışsa da (tahminler yüzde 4'e kadar çıkıyor) Yates vakası bize böyle bir sonucun mümkün olduğunu hatırlatmaktadır (Gressier ve diğ., 2015; Posmontier, 2010). Bu vaka aynca bize erken teşhis ve tedavinin ne kadar kritik olduğunu göstermektedir (Payne, 2018, 2017; O'Hara & Wisner, 2014).

26 Temmuz 2006'da, cinayet nedeniyle olan mahkûmiyeti temyiz mahkemesi tarafından bozulduktan sonra Yates, akıl sağlığı yerinde olmadığı gerekçesiyle suçsuz bulundu ve bugün tedavisinin devam ettiği bir akıl hastanesine gönderildi (Denno, 2017).

grubu, olan **fenotiyazinler**, 1950'lerde alerjilerle savaşmak için daha iyi antihistaminik ilaçlar bulmayı amaçlayan araştırmacılar tarafından keşfedildi. Fenotiyaziniler, antihistaminik olarak başarısız olmalarına rağmen şizofreni belirtilerini azaltmada etkili oldukları kısa sürede anlaşıldı ve klinisyenler bunları yaygın olarak reçete etmeye başladılar (Adams ve diğ., 2014).

Araştırmacılar daha sonra bu erken dönem antipsikotik ilaçların, zorlayıcı bir nörolojik hastalık olduğu bilinen *Parkinsonun* temel belirtisi olan, rahatsız edici kas titremelerine neden olduğunu keşfettiler. Antipsikotik ilaçlara karşı vücudun verdiği bu istenmeyen tepki, şizofreninin biyolojisine dair ilk önemli ipucuydu. Bilim insanları, Parkinson hastalığından muzdarip insanların beyinlerinin bazı bölgelerinde dopamin nörotransmitter seviyelerinin anormal derecede düşük olduğunu ve dopamin eksikliğinin kontrol edilemeyen titremelerinin nedeni olduğunu zaten biliyorlardı. Bu bilgiye ek olarak, antipsikotik ilaçlar şizofrenisi olan kişilerde psikotik belirtileri ortadan kaldırırken Parkinson belirtilerini ortaya çıkartıyorsa, bu belki de ilaçların dopamin aktivitesini azalttığının bir göstergesi olabilir. Nihayetinde bilim insanları, dopamin aktivitesinin düşürülmesinin şizofreni belirtilerindeki azalmayla ilişkili olabileceği fikrinden yola çıkarak şizofreninin ilk etapta dopaminin aşırı aktivitesinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir.

1960'lardan beri yürütülen araştırmalar, dopamin hipotezini desteklemiş ve netleştirilmesine yardımcı olmuştur. Örneğin Parkinson hastalığı olan kişilerin bazılarının, dopamin düzeylerini yükselten bir ilaç olan *L-dopa/lovodopa'yı* çok fazla almaları durumunda şizofreni benzeri belirtilerin ortaya çıktığı bulunmuştur (Hamadjida ve diğ., 2018). L-dopa, görünüşe göre dopamin aktivitesini o kadar çok yükseltir ki sonuçta bu dozdaki ilaç psikoza neden olur. Bu bulgu Bölüm 10'da gördüğünüz, beyindeki dopamin aktivitesini artırarak merkezî sinir sistemini uyaran maddeler olan amfetaminler üzerine yapılan araştırmalarla da desteklenmiştir. Klinik araştırmacılar, yüksek dozda amfetamin alan kişilerin, şizofreniye çok benzeyen bir sendrom olan amfetamin psikozu geliştirebileceğini gözlemlemişlerdir (McKetin, 2018).

Araştırmacılar beynin dopamin reseptörleri açısından zengin bölgelerini belirlediler; fenotiyazinlerin ve ilgili antipsikotik ilaçların bu reseptörlerin çoğuna bağlandığını, dopaminin oraya bağlanmasını engellediğini ve böylece bu reseptörleri içeren nöronların ateşlenmesini engellediğini buldular (Wang ve diğ.,2018). Görünüşe göre beyinde D-1, D-2, D-3, D-4 ve D-5 reseptörleri olarak adlandırılan beş çeşit dopamin reseptörü bulunmakta ve fenotiyazinler en güçlü şekilde *D-2 reseptörüne* bağlanmaktadır. Bu ve buna benzer bulgular, dopamin gönderen nöronlardan diğer nöronlardaki dopamin reseptörlerine, özellikle de D-2 reseptörlerine giden mesajların, şizofrenide çok daha kolay veya çok daha sık iletilebileceğini düşündürmektedir.

Aydınlatıcı olmasına rağmen dopamin hipotezinin bazı sorunları vardır. Bu hipoteze dair en büyük meydan okuma, **ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar** adı verilen yeni bir ilaç grubunun keşfedilmesi olmuştur. İkinci kuşak antipsikotikler, günümüzde artık **birinci kuşak antipsikotikler** olarak adlandırılan fenotiyazinlerden ve ilgili erken dönem ilaçlardan daha etkilidir. Daha yeni ilaçlar, birinci kuşak antipsikotik ilaçlar gibi sadece D-2 dopamin reseptörlerine değil, aynı zamanda D-1 ve D-4 reseptörlerine ve *serotonin* gibi diğer nörotransmitterlerin reseptörlerine de bağlanır (Fischer & Buchanan, 2018). Bu nedenle şizofreni, yalnızca dopamin aktivitesindeki anormallikten değil hem dopamin hem de diğer nörotransmitterlerin aktivitelerindeki veya etkileşimlerindeki anormallikten kaynaklanıyor olabilir.

**fenotiyazinler** Etkili antipsikotik ilaçların ilk grubu hâline dönüşen bir grup antihistaminik ilaç.

**ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar** Biyolojik etkileri birinci kuşak antipsikotik ilaçlardan farklı olan nispeten yeni bir antipsikotik ilaç grubu.

**birinci kuşak antipsikotik ilaçlar** Yirminci yüzyılın ikinci yarısında geliştirilen Fenotiyazinler ve diğer antipsikotik ilaçlar.

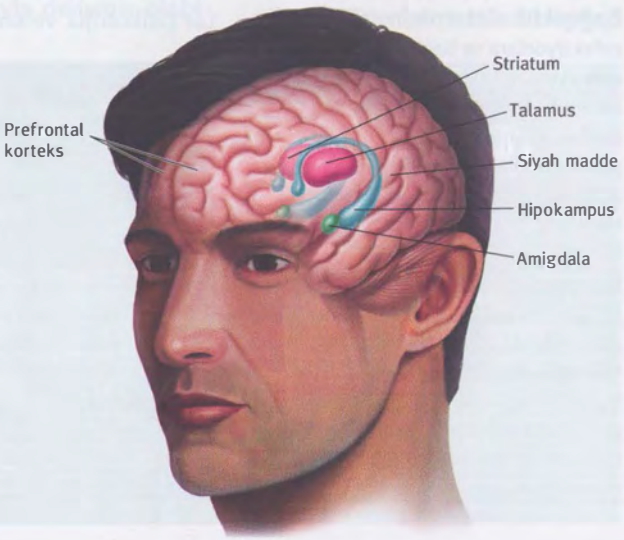
## İşlevsiz Beyin Yapıları ve Devreleri

Daha önce okumuş olduğunuz gibi çeşitli tepkiler; birlikte çalışan, birbirlerini harekete geçiren ve belirli davranışlar, bilişler veya duygular üreten beyin yapıları arasındaki ağlar olarak tanımlanan *beyin devrelerine* bağlıdır. Araştırmalar henüz sona ermiş olmasa da bugüne kadar yapılan çalışmalar, işlevlerindeki bozulma ile şizofreni arasında ilişki kurdukları bir beyin devresini ortaya çıkarmaya başlamıştır (Deng ve diğ., 2019; Lieberman ve diğ., 2018; Chen ve diğ., 2017). Şizofreniyle ilişkili bu devreyi oluşturan yapılar, diğer beyin yapılarının yanı sıra prefrontal korteks, hipokampus, amigdala, talamus, striatum ve siyah maddeyi içerir (bk. Şekil 12-3). Bu devredeki yapıların birçoğunun aynı zamanda diğer bozukluklara katkıda bulunan beyin devrelerinin üyeleri olduğunu bir kez daha fark etmiş olabilirsiniz ancak şizofreni vakalarında bu yapılar, toplu şekilde ve bu bozukluğa özgü olarak işlev görür ve birbirine bağlanır.

ŞEKİL 12-3

### Şizofreninin Biyolojisi

Araştırmalar, bir beyin devresindeki işlev bozukluğunun şizofreniye yol açabileceğini desteklemektedir. Bu devre, diğer beyin yapılarının yanı sıra prefrontal korteks, hipokampus, amigdala, talamus, striatum ve siyah maddeden oluşur.





Joe McNally/Getty Images

**O kadar da tek yumurta ikizi değiller** Soldaki adamın şizofreni tanısı yok, sağdaki tek yumurta ikizi kardeşinin ise var. Arka planda gösterilen MRI tarama görüntüleri, şizofrenisi olan ikizin beyninin genel olarak daha küçük olduğunu ve daha büyük ventriküllere, sıvı içeren beyin boşluklarına (Karanlık, kelebek şeklindeki alanlarla gösterilir.) sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

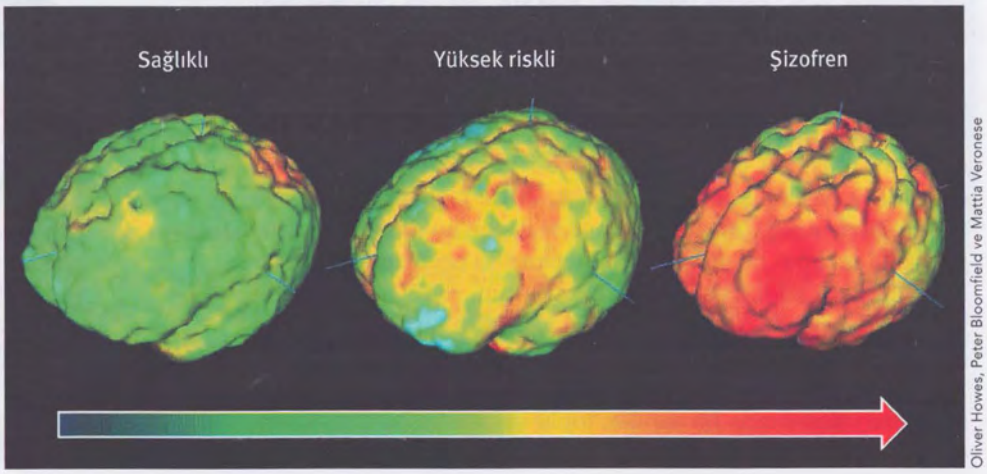
Bu şizofreni ile ilgili devrenin işlevlerindeki bozulma, örneğin genel olarak "aşırı hareketli" veya genellikle "az hareketli" bir devre gibi genel geçer terimlerle tanımlanamaz. Ancak çok sayıda çalışma, şizofrenisi olan kişilerde bu devrenin gerçekten normal dışı bir şekilde çalıştığını göstermektedir (Han ve diğ., 2018; Wang, Chen ve Yang, 2017). Örneğin siyah madde ve prefrontal korteks ile striatum ve talamus arasındaki bağlantı (iletişim akışı) anormal derecede düşükken siyah madde ve striatum, talamus ve prefrontal korteks ve hipokampus ile prefrontal korteks arasındaki bağlantı anormal derecede yüksektir (Martino ve diğ.,2018; Wang ve diğ., 2017).

Beyin devrelerinin rolüne odaklanan açıklamaların, biyolojik açıklamaları uzun yıllar boyunca tek elinde tutan şizofreninin dopamin hipotezi ile uyumlu olduğuna dikkat edin. Sonuçta şizofreni ile ilişkili beyin devresi boyunca dopamin aktivitesi çok belirgindir. Dopamin hipotezi ile beyin devresi görüşü arasındaki temel fark, bu nörotransmitterin anormal aktivitesinin, artık beyin devresindeki işlev bozulmasının bir parçası olarak insanları şizofreniye itebileceği görüşünün baskın olmasıdır.

**Viral Sorunlar** Birçok şizofreni vakasında görülen biyokimyasal ve beyin devreleriyle ilgili anormalliklerine sebep olan şey nedir? Çeşitli çalışmalar genetik faktörlere, kötü beslenmeye, anne karnındaki gelişime, doğum komplikasyonlarına, bağışıklık reaksiyonlarına ve toksinlere işaret etmiştir (Fischer & Buchanan, 2018; Uher & Zwicker, 2017). Ek olarak bazı araştırmacılar beyin anormalliklerinin doğumdan önce maruz kalınan bazı virüslerden kaynaklanabileceğini iddia etmektedir. Belki viral bir enfeksiyon annede bağışıklık sistemi tepkisini tetikler, bu sayede virüs gelişmekte olan fetüse geçer, onun beynine girer ve uygun beyin gelişimini kesintiye uğratır.

Viral kurama ilişkin kanıtların bir kısmı hayvan araştırmalarından gelirken pek çok şizofreni hastasının kış sonlarında doğmuş olduğu bulgusu gibi diğer bulgular ikincildir (Fischer & Buchanan, 2018; Patterson, 2012). Şizofrenisi olan kişiler arasında kış sonunda doğanların oranı, diğer insanlara göre yüzde 5 ila 8 daha yüksektir. Bunun nedeni, yılın o dönemlerinde anne karnındaki ya da yeni doğmuş bebeklerin virüslere maruz kalma risklerindeki artış rol oynayabilir. Şizofreninin viral kuramını doğrudan destekleyecek kanıtlar, şizofrenisi olan kişilerin annelerinin, şizofrenisi olmayan kişilerin annelerine göre hamilelik sırasında influenza virüsüne maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla elde edilmiştir (Canetta ve diğ., 2014).

Biyokimyasal, beyin devresi ve viral açıklamalara dair bulgular şizofreninin gizemlerine fazlasıyla ışık tutmaktadır. Öte yandan bu biyolojik anormalliklere sahip olmalarına rağmen birçok kişinin de hiçbir zaman şizofreni geliştirmediğini bilmek önemlidir. Peki, neden? Muhtemelen, daha önce de okuduğunuz gibi biyolojik faktörler sadece şizofreni için zemin hazırlarken bozukluğun ortaya çıkması için anahtar psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin mevcut olması gerekmektedir.




Oliver Howes, Peter Bloomfield ve Mattia Veronese

**Bağışıklık sisteminin rolü** Viral enfeksiyonlara ve bağışıklık sistemi reaksiyonlarına işaret eden açıklamalarla tutarlı olarak araştırmacılar mikroglian adlı maddenin özellikle şizofrenisi olan kişilerin beyinlerinde aktif olduğunu bulmuşlardır. Mikroglia, beyin enfeksiyonlarına ve iltihaba karşı ilk savunma hattını sağlayan beynin bağışıklık hücreleridir. Bu PET taramaları, araştırmaya katılan ve şizofreni riski taşıyan katılımcıların mikroglia aktivitesinin (turuncu) sağlıklı katılımcılardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şizofrenisi olan kişilerin mikroglia aktivitesi daha da yüksektir.

# Psikolojik Görüşler

1950'ler ve 1960'larda şizofreni araştırmacıları genetik ve biyolojik faktörleri tanımlamaya başladığında birçok klinisyen bozukluğun psikolojik açıklamalarını terk etmiştir. Bununla birlikte geçtiğimiz yıllarda tablo değişmiş ve psikolojik faktörler bir kez daha şizofreni yapbozunun önemli parçalarından biri olarak görülmeye başlanmıştır (Uher & Zwicker, 2017). Şizofreninin yaygın olarak kabul gören psikolojik teorileri, psikodinamik ve bilişsel-davranışçı perspektiflerden gelmektedir.

**Psikodinamik Açıklama** Tanınmış psikodinamik klinisyenlerden biri olan Frieda Fromm-Reichmann (1948) yirminci yüzyılın ortalarında Sigmund Freud'un (1924, 1915, 1914) soğuk ya da bakım vermeyen ebeveynlerin şizofreniyi harekete geçirebileceğine dair geçmişte ileri sürdüğü görüşü detaylandırdı. Fromm-Reichmann, klinik gözlemlerine dayanarak bu bozukluğa yakalanan kişilerin annelerini soğuk, otoriter ve çocuklarının ihtiyaçlarına ilgisiz kişiler olarak tanımladı. Bu annelerin fedakâr gibi görünebileceklerini ancak aslında çocuklarını kendi ihtiyaçlarını karşılamak için kullandıklarını iddia etti. Aynı anda bu anneler hem aşırı korumacı hem de reddedici olduklarından çocuklarının kafasını karıştırır ve şizofreni için zemin hazırlarlar. Onlara şizofrenojenik **anneler** (şizofreniye neden olan) diyordu. Ünlü olmasına rağmen Fromm-Reichmann'ın teorisi çok az araştırma tarafından desteklendi (Seeman, 2016; Harrington, 2012). Şizofrenisi olan kişiler arasında şizofrenojenik tanımlamasına uyan annesi olanların sayısı oldukça az gibi görünmektedir.

Neden şizofrenik bozukluk için çoğunlukla ebeveyn ve aile hayatı sorgulanır? Neden böylesi açıklamalar çok dikkat çeker?

**şizofrenojenik anne** Bir zamanlar çocukta şizofreniye neden olduğu düşünülen, soğuk, otoriter ve çocuklarının ihtiyaçlarına ilgisiz bir anne türü.

**Bilişsel-Davranışsal Açıklamalar** Bilişsel-davranışçı kuramcılar, insanların nasıl ve neden şizofreni geliştirdiğine dair iki açıklama ileri sürmüştür. Biri, büyük ölçüde şizofrenisi olan kişilerin davranışlarına odaklanır ve *edimsel koşullama* ilkelerini temel alır. Diğeri ise bu tür bireylerin olağandışı düşüncelerine odaklanır ve *yanlış yorumlamaların* olası rolünü vurgular.

**EDİMSEL KOŞULLAMA** Daha önceki bölümlerde okuduğunuz gibi edimsel koşullama insanların sıklıkla ödüllendirildikleri davranışları gerçekleştirmeyi öğrendikleri bir süreçtir. Şizofreninin edimsel koşullama açıklaması, bazı insanların şu ya da bu nedenle çocukluk döneminde sosyal ipuçlarına yani diğer insanların gülümsemelerine, kaşlarını çatmalarına ve yorumlarına gereken özeni gösterme konusunda pekiştirilmediğini savunur. Sonuç olarak kişiler bu tür ipuçlarıyla ilgilenmeyi bırakırlar ve bunun yerine bir odadaki ışığın parlaklığı, uçan bir kuş veya bir kelimenin anlamından ziyade sesinin nasıl olduğu gibi alakasız ipuçlarına odaklanırlar. Alakasız ipuçlarına gitgide daha fazla ilgi gösterdikçe tepkileri de giderek daha tuhaf bir hâle gelir (Pinkham, 2014). Şizofreninin edimsel koşullama yoluyla gelişmiş olabileceğine dair görüş, sınırlı bir destek elde etmiştir. Bu nedenle edimsel görüş şizofreni için en iyi ihtimalle kısmi bir açıklama olarak kabul edilir.

**Ünlü ancak nadir görülen bir sanrı** MTV'nin uzun süredir devam eden programı Teen Wolf'ta, doğa üstü güçler tarafından ele geçirilmiş bir adam vücudu bir kurda dönüşürken dehşet içinde haykırır. Hayvan olma sanrısı olarak bilinen likantropi, nadir görülen bir psikolojik sendrom olsa da yıllar boyunca birçok popüler kitap, film ve TV şovunun konusu olmuştur.



MGM/The Kobal Collection/Shutterstock

**OLAĞANDIŞI DUYUMLARI YANLIŞ YORUMLAMAK** Şizofreninin yanlış yorumlama bakış açısı, şizofrenisi olan kişilerin beyinlerinin varsanılar ve ilgili deneyimler yaşadıkları durumlarda garip ve gerçek dışı duyumlar (biyolojik faktörlerin tetiklediği duyumlar) ürettiği biyolojik görüşünü kabul eder. Ancak bilişsel-davranışçı açıklamaya göre bireyler olağandışı deneyimlerini anlamlandırmaya çalıştıklarında daha fazla belirti ortaya çıkmaya başlar (Waters ve Fernyhough, 2017). Bu kişiler ilk kez seslerle veya diğer rahatsız edici duyumlarla karşılaştıklarında arkadaşları ve akrabalarından teyit almaya çalışırlar. Doğal olarak arkadaşlar ve akrabalar bu duyumların gerçekliğini inkâr eder ve sonunda şizofrenisi olan kişiler, diğerlerinin gerçeği

kendilerinden saklamaya çalıştığı sonucuna varırlar. Zamanla tüm geri bildirimleri reddetmeye başlarlar ve bazıları zarar göreceklerine dair inançlar (sanrılar) geliştirir. Kısacası, bu teoriye göre şizofrenisi olan kişiler, "deliliğe giden mantıklı bir yol" izlerler (Zimbardo, 1976).

Araştırmacılar, şizofrenisi olan kişilerin gerçekten de duyusal ve algısal sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Daha önce gördüğünüz gibi şizofrenisi olan kişilerin birçoğunda varsanılar vardır ve bu kişiler, dikkatlerini odaklamakta zorlanırlar. Ancak bu tür duyusal problemlerin yanlış yorumlanmasının bir şizofrenik sendroma yol açtığına dair bilişsel davranışçı görüş henüz araştırmalarca net olarak ortaya koyulamamıştır.

## Sosyokültürel Görüş

Sosyokültürel kuramcılar, akıl sağlığı sorunu olan kişilerin çok çeşitli sosyal ve kültürel etmenlere tabi olduğu görüşünden yola çıkarak çok kültürlü faktörlerin, sosyal etiketlemenin ve *işlevsiz ailelerin* bir arada şizofreniye katkıda bulunduğuna inanırlar. Araştırmalar, kesin nedensel ilişkilerin neler olabileceğini henüz tam olarak ortaya koyamamıştır.

Tanı koyan uzmanlardaki ön yargı, şizofrenide ırk ve kültüre göre nasıl farklılaşabilir?

**Çok Kültürlü Faktörler** Şizofreni oranlarının ırk ve etnik gruplar arasında, özellikle de Afrika kökenli Amerikalılar ve Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar arasında farklılık gösterdiği görülmektedir (Coleman ve diğ., 2016). Hispanik olmayan beyaz Amerikalılarda şizofreninin yüzde 1,4'lük yaygınlığına kıyasla Afrikalı Amerikalılarda bu oran yüzde 2,1'dir. Araştırmalar ayrıca şizofrenisi olan Afrikalı Amerikalıların devlet hastanelerindeki oranının da diğerlerinden daha fazla olduğunu göstermektedir (Durbin ve diğ., 2014; Barnes, 2004). Örneğin eyalet nüfusunun yalnızca yüzde 16'sı Afrika kökenli Amerikalı iken Tennessee devlet hastanesinde şizofreni teşhisi koyulan kişilerin yüzde 48'i Afroamerikalıdır.

Afrika kökenli Amerikalıların bu tanıyı alma olasılıklarının Hispanik olmayan beyza Amerikalılara göre neden daha fazla olduğu henüz net değildi. Olasılıklardan ilki, Afrikalı Amerikalıların şizofreni geliştirmeye daha yatkın olmalarıdır. Bir diğer olasılık ise çoğunluk gruplara ait klinisyenlerin teşhis koyarken Afrika kökenli Amerikalılara karşı farkında olmadan bir ön yargı beslemeleri veya kültürel farklılıkları yanlış yorumlayarak şizofreni belirtileri olarak not etmeleridir.

Afrika kökenli Amerikalılar ile Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar arasındaki farkın bir başka açıklaması da ekonomik koşullarla ilişkilidir. Ortalamaya bakıldığında Afrikalı Amerikalıların yoksul olma olasılığı daha yüksektir, ekonomik farklılıklar kontrol edildiğinde iki ırk için şizofreninin yaygınlık oranlarının birbirine yaklaştığı görülmektedir. Ekonomik açıklamayı destekleyecek nitelikte bir diğer bulguda da



Silvia Izquierdo/AP Photo

**Bir araya gelmek** Farklı ülke ve kültürlerin şizofreni ve diğer zihinsel rahatsızlıklardan muzdarip insanlara bakışı ve onlarla etkileşim kurma biçimleri değişiklik gösterir. Bu görselde Brezilya, Rio de Janeiro'daki Psikiyatri Enstitüsü önünde yıllık karnaval geçit töreni sırasında hastalar ve topluluk üyeleri bir araya gelip dans ediyor. Karnavalın amacı, normal ve anormal arasındaki çizgiyi bulanıklaştırarak halkın bu kişileri kabul etmesini teşvik etmektir.

ekonomik olarak dezavantajlı olma eğiliminde olan Hispanik Amerikalılarda görülen şizofreni tanı oranlarının, Afrika kökenli Amerikalılar kadar olmasa da Hispanik olmayan beyaz Amerikalılara göre daha yüksek oluşudur (Coleman ve diğ., 2016).

Ayrıca şizofreninin ülkelere göre de farklılaşabildiği görülmektedir (Dein, 2017; McLean ve diğ., 2014). Bu bozukluğun genel yaygınlığı dünya genelindeki ülkelerde sabit (yüzde 1 civarında) olsa da bozukluğun seyri ve sonucu önemli ölçüde değişiklik gösterebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan 10 ülkenin yer aldığı bir araştırmaya göre *gelişmekte olan* ülkelerde yaşayan şizofreniden muzdarip olan kişiler, Batı ve diğer *gelişmiş* ülkelerde yaşayan kişilere göre daha çok iyileşme oranlarına sahiptir (Dein, 2017; Jablensky, 2000). DSÖ çalışması, iki yıllık bir süre boyunca gelişmekte olan ülkelerden (Kolombiya, Hindistan ve Nijerya) 467 kişinin ilerleyişini izlemiş ve bunu gelişmiş ülkelerden (Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İrlanda, Japonya, Rusya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri) 603 kişininkiyle karşılaştırmıştır. Çalışmanın süresince gelişmekte olan ülkelerden araştırmaya katılan şizofrenisi olan kişilerin, gelişmiş ülkelerdekilere göre şizofreniden kurtulma olasılıkları daha yüksek, belirtilerin devam etmesi, sosyal işlevlerindeki bozulma, ağır antipsikotik ilaçlara ihtiyaç duyma veya hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Bazı klinik kuramcılar, bu farklılıkların kısmen genetik farklılıkları yansıttığına inanmaktadır. Bununla birlikte diğerleri bilim insanları, gelişmekte olan ülkelerdeki psikososyal çevrelerin (aileler ve arkadaşlar) gelişmiş ülkelerdekinden daha destekleyici ve terapötik olma eğiliminde olduğunu ve bunun şizofrenisi olan kişiler için daha olumlu sonuçlara yol açtığını iddia etmektedir (Dein, 2017; Vahia & Vahia, 2008).

### #KolayHedefler

ABD'de şizofrenisi olan yetişkinlerin üçte birinden fazlası şiddet suçlarına kurban gitmektedir.

ABD'de şizofrenisi olan yetişkinlerin şiddet içeren suçların kurbanı olma olasılığı, böyle bir suç işledikleri için tutuklanma olasılıklarından 14 kat daha fazladır.

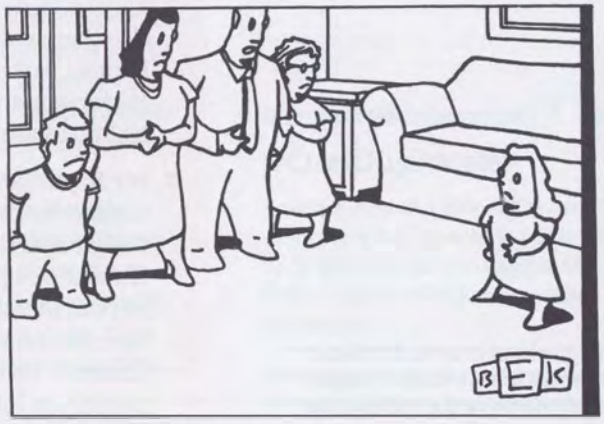
(MIP, 2017; Kooyman & Walsh, 2011; Cuvelier, 2002; Hiroeh ve diğ.,2001)

**Sosyal Etiketleme** Birçok sosyokültürel kuramcılar, şizofreninin özelliklerinin bizzat teşhisten etkilendiğine inanmaktadır. Onlara göre toplum, belirli davranış normlarına uymayan insanlara "şizofrenik" etiketi yapıştırır. Etiket bir kez yapıştırıldığında haklı olsun ya da olmasın, birçok şizofrenik belirtinin ortaya çıkmasına yol açan kendi kendini gerçekleştiren bir kehanet hâline gelir.

Tanısal etiketlemenin gerçek tehlikelerini zaten gördük. Bölüm 2'de tartışılan ünlü Rosenhan (1973) çalışmasında sekiz normal insan çeşitli akıl hastanelerine başvurarak "pat", "çat" veya "güm" seslerini duyduklarını belirtmişlerdir. Bu kişilerin tamamına hızla şizofreni teşhisi konmuş ve sekizi de hastaneye yatırılmıştır. Sözde hastalar daha sonra tüm belirtileri taklit etmeyi sonlandırıp normal davransalar da aldıkları etiketten kurtulmakta ve hastaneden taburcu olmakta büyük zorluk çekmişlerdir.

**Rosenhan'ın çalışması, alandaki en tartışmalı çalışmalardan biridir. Bu çalışma sizce ne tür etik, yasal ve terapötik kaygılar doğuruyor?**

Sahte hastalar, personelin hastalara karşı davranışlarında otoriter davrandıklarını ve ayrıca onlara görünmezlermiş gibi davrandıklarını bildirmiştir: "Bir hemşire, sütyenini ayarlamak için bir koğuş dolusu erkeğin önünde üniformasının düğmelerini açtı. Onun baştan çıkarıcı olduğunu görmüyordu. Daha doğrusu bizi dikkate değer görmemişti." Ayrıca sözde hastalar kendilerini güçsüz, sıkılmış, yorgun hissettiklerini ve kendileriyle ilgilenilmediğini düşündüklerini ifade ettiler. Bu çalışmanın aldatıcı tasarımı ve beraberinde getirdiği olası çıkarımlar, klinisyenler ve araştırmacılarda bazı olumlu ve olumsuz duygulara yol açtı. Yine de araştırma, "şizofrenik" etiketinin yalnızca diğerlerinin bakış açısı üzerinde değil, aynı zamanda kendilerinin nasıl hissettikleri ve davrandıkları üzerinde de olumsuz bir etkisi olabileceğini gösteriyor.




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Koleksiyonu/The Cartoon Bank

*"Kötü haber: Hepimiz aklımızı yitirdik. Sen, bu ailedeki tek sağlıklı kişi olmak zorundasın."*

**İşlevsiz Aileler** Birçok araştırma, diğer birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi şizofreninin de genellikle *aile stresiyle* bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (Gurak & Weisman de Mamani, 2017, 2016). Şizofrenisi olan kişilerin ebeveynleri genellikle (1) daha fazla aile içi çatışma yaşar, (2) birbirleriyle iletişim kurmakta daha fazla güçlük çeker ve (3) diğer ebeveynlere kıyasla çocuklarını ya daha fazla eleştirir ya da aşırı ilgiliyle boğarlar.



Robert Gauthier/Los Angeles Times via Getty Images

**Aileyi dahil etmek** Araştırmalar, şizofrenisi olan kişiler arasından ailelerine karşı olumlu hisler barındıranların tedavide daha fazla ilerleme kaydettiğini gösteriyor. Burada sevgi dolu bir anne olan Maria Orduna, kendisini ziyareti sırasında oğlu Alfredo'yu okşamaktadır. Alfredo, şizofrenik bozukluğu nedeniyle evsizlik, yoksulluk ve hapis cezası gibi birçok zorlu duruma maruz kalmıştır.

Aile kuramcıları uzun zamandır bazı ailelerin **duygularını** yüksek şekilde **dışa vurduklarını** yani sıklıkla eleştiri, onaylamama ve birbirlerine karşı düşmanlık ifadelerine yer verdiklerini ayrıca birbirlerinin mahremiyetine saygı göstermediklerini fark etmişlerdir. Şizofreniden kurtulmaya çalışan insanlar, böyle bir aileyle yaşıyorlarsa duygu dışavurumu düşük olan bir aile yaşayan kişilere göre neredeyse dört kat daha fazla nüks yaşamaktadır (Sadiq ve diğ.,2017; Wang ve diğ., 2017). Bu tür bulgular, ailedeki işlev bozukluğunun şizofreniye ve sürmesine neden olduğu anlamına gelir mi? Aslında tam olarak değil. Hatta şu bilinen bir gerçek ki şizofreni, var olan aile yaşamına büyük ölçüde zarar vermektedir (Yu ve diğ., 2018). Bu sayede kişiler, klinisyenlerin ve araştırmacıların gözlemlemeye devam ettiği aile sorunlarının ortaya çıkmasına kendileri katkıda bulunmuş olabilmektedir.

## Gelişimsel Psikopatoloji Görüşü

Gelişimsel psikopatoloji kuramcıları, diğer psikolojik bozukluklarda olduğu gibi bu bölümde tartışılan faktörlerin şizofreniye neden ve nasıl yol açabileceğini açıklamak için bütünleştirici ve gelişimsel bir çerçeve sunar. Kuramcılar şizofreniye giden yolun, kalıtsal bir yatkınlıkla (daha önce okuduğunuz beyin devresindeki işlev bozukluğu tarafından dışa vurulan bir yatkınlık) başladığını öne sürer (Nivard ve diğ., 2018). Ayrıca var olan genetik yatkınlığın, bireyin gelişimi boyunca karşılaştığı önemli yaşam stresörleri, zorlu aile yaşantıları ve/veya diğer olumsuz çevresel faktörlerle birleşmesi sonucunda şizofreninin ortaya çıkabileceğini öne sürerler (Mayo ve diğ., 2017; Vallejos ve diğ., 2017).

Daha önce de görmüş olduğunuz gibi yıllardır her tür yaklaşımdan kuramcı, şizofrenide bir *yatkınlık-stres* ilişkisinin rol oynadığını öne sürmüşlerdir. Diğer bir deyişle bu bozukluk için biyolojik yatkınlığı olan insanlar, önemli yaşam stresi veya diğer olumsuz olayları yoğun bir şekilde deneyimlerlerse, şizofreni belirtileri göstereceklerdir. Bununla birlikte gelişimsel psikopatoloji perspektifinden teorisyenlerin ve araştırmacıların yaptığı şey, şizofrenide iş başında olan yatkınlık-stres süreçleri hakkında çok daha fazla ayrıntı elde etmeye çalışmaktır. Özellikle iki noktayı netleştirmişlerdir:

1. Şizofreni tipik olarak bozukluğun genç erişkinlikteki fiili başlangıcından çok daha önce kendini göstermeye başlar. Önceki sayfalarda bu bozukluğa sahip olan kişilerin yaşamlarının erken dönemlerinde bilişsel, algısal ve dikkatle ilgili sorunlar yaşadıklarını okudunuz. Gelişimsel psikopatoloji araştırmacıları, bu kişilerin erken gelişim dönemlerinden itibaren sosyal geri çekilmelerinin olduğunu, daha uyumsuz ve asi olduklarını ve motor hareketlerde daha fazla güçlük yaşama eğiliminde olduklarını bulmuşlardır (Walker ve diğ., 2016). Bu erken sorunlardan bazıları büyük ölçüde bireyin kalıtsal yatkınlığından kaynaklanır ancak araştırmalara göre çocuklukta tekrarlanan stresli yaşam olayları, işlevsiz aile ortamları ve/veya sosyal etkileşimde yaşanan zorluklardan da kaynaklanabilir (Kraan ve diğ., 2018).
2. Bir beyin devresindeki işlev bozukluğunun, ilerleyen dönemde ortaya çıkan şizofreniyle ilişkisinin kilit yollarından biri, bu devrenin hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) stres yolunun işleyişi üzerindeki etkisidir (bk. sayfa 142). Hatırlayacağınız gibi ne zaman stresli olsak, beynin hipotalamusu bu beyin-vücut yolunu aktive ederek stres hormonlarının salgılanmasına ve geniş bir uyarılma deneyimine yol açar. Gelişimsel psikopatoloji araştırmacıları, şizofreni ile ilişkili beyin devresindeki işlev bozukluğunun, stresle karşılaşıldığında HHA yolu aracılığıyla tekrarlanan aşırı tepkilere yol açtığını bulmuşlardır (Walker ve diğ., 2016). Kronikleşen bu tür aşırı tepkiler, bireyleri gelişimleri boyunca stres faktörlerine karşı oldukça hassas kılar ve belirsiz hissettirir. Bu kişiler, ileriki dönemlerde bir stresle karşılaştıklarında şizofreni geliştirmeye daha yatkın hâle gelmektedir (Pruessner ve diğ., 2017).

**duygu dışavurumu** Bir ailede genel olarak dışa vurulan eleştiri, onaylamama ve düşmanlık düzeyini tanımlar. Şizofreni nedeniyle tedavi olup iyileşen kişilerin ailelerinde duygu dışavurumu yüksekse o kişide bozukluğun nüksetme olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Gelişimsel psikopatoloji araştırmacıları ve diğer araştırmacılar ayrıca, HHA stres yolundaki aşırı hareketliliğin ve kronikleşen stres tepkilerinin, beyinde inflamasyonun artmasıyla ilişkilendirilen, işlevsiz bir bağışıklık sisteminin gelişmesine yol açtığını keşfetmişlerdir (Müller ve diğ., 2015). Bu nedenle son birkaç yılda yapılmış çok sayıda araştırmada, şizofrenisi olan kişilerin beyinlerinde ciddi bağışıklık sistemi sorunları ve kronik iltihaba rastlanması şaşırtıcı değildir (Fries ve diğ., 2018).

Gelişimsel psikopatoloji perspektifi, şizofreninin yatkınlık-stres görüşüne derinlik katmasının yanı sıra bu bozuklukla mücadelede önleme çalışmalarının önemine yaptığı vurguyla da önemli bir hizmet sunmaktadır (Seidman ve Nordentoft, 2015). Bu bakış açısına göre bu bölümde tartışılan faktörlerin her biri (beyin devresi işlev bozukluğundan aile dinamiklerine ve stres tepkilerine kadar) birbirini etkileyebilir. Çocukların sahip olduğu aşırı tepkisel HHA stres yolu onları strese karşı özellikle savunmasız bir hâle getirebildiği gibi dayanıklılık düzeylerinin artması ve başa çıkma becerilerinin gelişmesi de HHA yollarının işleyişinde düzelmeye neden olabilir. Bu iki yönlü ilişki, şizofreni riski altındaki çocukların daha iyi tanımlanmasını ve onları şizofreniye yatkın hâle getiren faktörleri tersine çevirmeye yardımcı olacak daha güçlü önleyici müdahalelerin geliştirilmesi fikrini savunur (Mayo ve diğ., 2017). Ne yazık ki bir sonraki bölümde göreceğiniz günümüzün şizofreniye yönelik yaklaşımlarının çoğu, önlemeden ziyade ortaya çıktıktan sonraki tedavi sürecine odaklanır.



Jordi Vidal/Redferns via Getty Images

**"Şeytan ve Daniel Johnston"**
Şarkıcı söz yazarı Daniel Johnston, onlarca yıldır outsider ve alternatif müzik türlerinde pek çok takipçiye ulaşmıştır. Aynı zamanda şizofreni ve bipolar bozukluktan muzdariptir ve bu sorunları nedeniyle birkaç kez hastanede yatmıştır. Sahip olduğu bozukluklar ve bunların yaşamı ve kariyeri üzerindeki etkileri The Devil ve Daniel Johnston adlı belgesel filmde anlatılıyor.

## ... ÖZETLE

**KURAMCILAR, ŞİZOFRENİYİ NASIL AÇIKLAYIYOR** Birçok teorisyen, şizofreninin oluşmasına neden olan biyolojik ve çevresel faktörler için yatkınlık-stres ilişkisine vurgu yapar.

Şizofreninin biyolojik açıklamaları genetik, biyokimyasal, beyin yapısı ve devreleri ile viral nedenlere işaret eder. Genetik görüşe dair iddialar; akraba, ikiz, evlat edinme ve gen çalışmalarıyla desteklenmektedir. Biyokimyasal açıklamalar arasından öne çıkan görüş, şizofrenisi olan kişilerin beyinlerinde dopaminin aşırı aktif olabileceğini göstermektedir. Çalışmalar ayrıca işlevlerindeki bozulma sonucunda şizofreniye yol açabilecek bir beyin devresini de tanımlamıştır. Son olarak bazı araştırmacılar şizofreninin fetüse yerleşen bir virüsle ilgili olduğunu ileri sürmektedir.

Şizofreni için ortaya konulmuş en belirgin psikolojik açıklamalar psikodinamik ve bilişsel-davranışçı modellerden gelmektedir. Erken dönem psikodinamik açıklamalardan biri, şizofreniye yol açan anneler olarak tanımlanan bazı annelik tutumlarının şizofreniye yol açabileceği yönündeki açıklamadır. Ancak bu görüş çok az araştırma tarafından desteklenmiştir. Çağdaş psikodinamik kuramcılar ise şizofreniyi biyolojik ve psikodinamik faktörlerin bir bileşimi olarak açıklarlar. Bilişsel-davranışçı kuramcılar, şizofrenisi olan kişilerin (1) uygun sosyal ipuçlarını kullanmayı öğrenemediklerini ve/veya (2) alışılmadık biyolojik duyumlarını, sonuçta sanrısal düşünmeye yol açacak şekilde yanlış yorumladıklarını öne sürerler.

Sosyokültürel açıklamalardan birisi, çok kültürlülükten kaynaklanan farklılıkların hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de tüm dünyada şizofreni oranlarını, görünümünü ve tedavi sürecini etkileyebileceğini savunur. Başka bir sosyokültürel açıklama ise toplumda şizofreni tanısı alarak etiketlenen kişilerin belirli şekillerde davranması gerektiğine yönelik bir beklenti olduğunu ve bu beklentinin aslında daha fazla soruna yol açtığını söyler. Diğer sosyokültürel kuramcılar, şizofreninin bir nedeni olarak aile içi stres ve çatışmalar da dâhil olmak üzere ailedeki işlev bozukluklarını işaret eder.

Bütünleştirici bir çerçeve sunan gelişimsel psikopatoloji teorisyenleri, bir bireyin işlevsel olmayan bir beyin devresi nedeniyle var olan genetik yatkınlığının, kişinin gelişimi boyunca karşılaştığı önemli yaşam stresleri, zorlu aile etkileşimleri ve/veya diğer olumsuz çevresel faktörlerle birleşmesi durumunda aşamalı olarak şizofreniye yol açabileceğini savunur.

## #ÖzelDüşünceler

Anketler, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki insanların yüzde 22 ila 37'sinin Dünya'nın uzaylılar tarafından ziyaret edildiğine inandığını gösteriyor.

Dünya çapındaki insanların yüzde yirmisi, uzaylıların insan kılığında Dünya üzerinde dolaştıklarına inanıyor.

(Rojas, 2017; MacIsaac, 2014; Reuters, 2010; Spanton, 2008; Andrews, 1998)

# Şizofreni ve Diğer Ciddi Ruhsal Bozukluklar Nasıl Tedavi Edilir?

Şizofreni ve diğer diğer ruhsal bozukluklar için günümüzün tedavi yaklaşımları kimileri için mucizevi zaferler, kimileri için mütevazı bir başarı ve kimileri için de yürek parçalayıcı başarısızlıklarla kendini göstermektedir. Tipik olarak ilaçlar, ilaca bağlı sağlık sorunları, tehlikeye atılmış yaşam tarzları ile umut ve hayal kırıklığının karışımıdır. Yolculuğu, tipik olarak şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozukluklardan muzdarip olan yüz binlerce insanın yolculuğuna benzeyen Cathy'nin durumuna bakalım. Elbette şizofreniyle mücadeleleri çok daha sorunsuz giden insanlar var. Yelpazenin diğer ucunda ise bu bozukluklara karşı verdikleri mücadelenin sonucu Cathy'nin başarı düzeyine asla yaklaşamayan birçok kişi de var. Yelpazenin ortalarında ise Cathy ve onun gibi olan kişiler...

*[Cathy'nin] üniversitedeki ikinci yılında... yaşadığı duygusal sorunlar daha da kötüleşti... ve sonunda ona Haldol ve Lityum reçete edildi.*

*Sonraki on altı yıl boyunca, Cathy birçok kere hastaneye yattı ve çıktı. "İlaçlardan nefret ediyordu." Haldol kaslarının kasılmasına ve bazen ağzından salyalarının akmasına neden olurken lityum onu daha depresif yapıyordu. Çoğu zaman ilaçları almayı birden bırakırdı... Sorun şuydu: ilaçları kestiğinde "eskiye dönmeye ve dağılmaya başlıyordu."*

*1994 yılının başlarında on beşinci kez hastaneye kaldırıldı. Kronik bir akıl hastası olarak görülüyordu, şimdi ara sıra sesler de duyuyordu... Haldol, Ativan, Tegretol, Halcion ve Haldol'un istenmeyen yan etkilerine karşı başlanan Cogentin'in de eklendiği bir grup ilaç veriliyordu. Ancak o bahar taburcu edildikten sonra bir psikiyatrist ona FDA tarafından kısa süre önce onaylanan yeni bir antipsikotik olan Risperdal'ı denemesini söyledi. "Kullanmaya başladıktan üç hafta sonra aklım çok daha netti." diyor. "Sesler kayboldu. Diğer ilaçları bıraktım ve sadece bu ilacı almaya başladım. İyileştim. Artık hayatım için planlar yapmaya başlayabilirdim. Artık şeytanla konuşmuyordum. İsa ve Tanrı kafamda bununla savaşmıyordu." Babası bu durumu şöyle ifade etti: "Cathy geri döndü."...*

*Okula geri döndü ve radyo, sinema, televizyon bölümünü bitirerek diplomasını aldı... 1998'de bugün birlikte yaşadığı adamla çıkmaya başladı... 2005 yılında yarı zamanlı bir işe girdi... Hâlâ SSDI'den (Sosyal Güvenlik Engellilik Sigortası Şirketi) yardım almaya devam ediyordu hatta bu durum için "Ben bir kurumun metresiyim." diyerek kendisiyle dalga geçiyordu. Aslında birçok nedeni olmasına rağmen kendisine çokça yararı dokunan Risperdal'ın, yine de tam zamanlı işte çalışmasının önünde bir engel oluşturduğuna inanıyordu. Çünkü öğleden sonraları genellikle enerjik olmasına rağmen, Risperdal çok fazla uyku yaptığı için sabah kalkmakta güçlük çekiyordu...*

*Risperdal'ın ayrıca fiziksel bir bedeli de oldu... Onun... atipik antipsikotiklerin genellikle yol açtığı yüksek kolesterol gibi bazı metabolik yan etkiler ortaya çıktı. Şimdi "Fiziksel problemlerimi konuşma konusunda yaşlı bir kadınla kapışabilirim." diyor. "Ayaklarım, mesanem, kalbim, sinüslerim, kilo alma... ne ararsan hepsi bende." ... Ama Risperdal olmadan olmaz...*

*Hayatı ilaçlarla bu şekilde ilerledi. Kâbus gibi geçen on altı yılın ardından Risperdal'le geçen on dört güzel yıl. Bu ilacın bugün akıl sağlığı için gerekli olduğuna inanıyor ve gerçekten de bu ilacın harikalarını tanıtan bir reklam yüzü olmayı hak ediyor. Yine de hastalığının uzun vadeli seyrine bakarsanız... şunu sormak zorundasınız: Onunki bir ilacın onu kurtardığı bir hayat öyküsü mü? Yani hayatı, akıl hastalığının ilaçlarla daha iyi bir duruma geldiğini mi yoksa daha kötüleştiğini mi gösteriyor?*

*Cathy bunun, psikiyatristlerin asla düşünmediği bir soru olduğuna inanıyor.*

*"Bu ilaçların sizi, uzun vadede nasıl etkilediği konusunda hiçbir fikirleri yok. Sizi o an için belirtilerden kurtarmaya, stabilize etmeye ve haftadan haftaya, aydan aya da bunu sürdürmeye çalışırlar. Tüm düşündükleri bu."*

*(Whitaker, 2010)*

Cathy'nin yolculuğunun gösterdiği gibi, şizofreni tedavisi son derece zordur, ancak günümüzde klinisyenler bu konuda geçmişe kıyasla çok daha başarılıdır. Sorunlu, rahatsız edici ve hatta tehlikeli olsalar bile kredinin çoğu *antipsikotik ilaçlara* gidiyor. Bu ilaçlar, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan birçok kişinin

**#TedavininGecikmesi**

Psikotik belirtilerin ortaya çıkışı ile tedaviye başlanması arasında geçen ortalama süre iki yıldır (HN, 2018; Brunet ve Birchwood, 2010).

**devlet hastaneleri** Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kamuya bağlı akıl hastaneleri, eyaletler tarafından yönetilir.

düşüncelerinin netleşmesine ve daha önce çok az etkisi olan psikoterapilerden faydalanmasına yardımcı olur.

Şizofrenisi olan kişilerin durumunu en iyi şekilde aktarabilmek amacıyla, bu bölümde alışılmış formattan ayrılacak ve tedavileri tarihsel bir perspektiften tartışacağız. Tedavinin yıllar içinde nasıl değiştiğine bakmak günümüz yaklaşımlarının doğasını, sorunlarını ve vaat ettikleri şeyleri anlamamıza yardımcı olacaktır. Şizofreni için geçmişteki tedavileri göz önünde bulundurduğumuzda, yirminci yüzyılın büyük bölümünde psikozu olan kişilerin çoğuna "şizofreni" etiketinin verildiğini akılda tutmak önemlidir. Klinik kuramcılar, o dönemlerde psikotik belirtileri nedeniyle şizofreni tanısı koyulmuş olan birçok insanın aslında ciddi bir bipolar bozukluğa veya majör depresif bozukluğa sahip olduğunu şimdi fark ediyorlar (Tondo ve diğ., 2015). Bu nedenle geçmişte şizofreni için uygulanan tedaviler, özellikle de kurumsal bakım hizmetinin başarısızlıkları hakkındaki tartışmalarımız, şizofreni için olduğu kadar diğer ciddi ruhsal bozukluklar için de geçerlidir (Bustillo & Weil, 2018). Benzer şekilde toplum ruh sağlığı hareketi gibi şizofreniye yönelik güncel yaklaşımlar hakkındaki tartışmalarımız genellikle diğer ciddi ruhsal bozukluklar için de geçerlidir.


Alexandra Boulat/VII/Redux

**Gidilecek uzun bir yol** Şizofrenisi olan bir adam, Fransa-Paris yakınlarındaki Delafontaine Hastanesinde acil servis bekleme alanının zemininde yatıyor. Bu hastanın durumu, çeşitli etkili müdahaleler geliştirilmiş olsa da ciddi ruhsal bozukluğu olan birçok insan için tedavideki genel tablonun arzulanandan çok uzakta olduğunu gösteriyor.

## Geçmişteki Kurumsal Bakım Hizmeti

Yirminci yüzyılın yarısından uzun bir süre, şizofreni teşhisi konan çoğu insan devlete bağlı bir *akıl hastanesine kapatıldı* (yani *kurumsallaştırma*). Şizofreni hastaları geleneksel tedavilere yanıt vermediğinden bu hastanelerin birincil amacı onları toplumdan uzak tutmak ve onlara yiyecek, barınak ve giyecek sağlamaktı. Hastalar nadiren terapistlerle veya uzmanlarla görüşürdü ve genellikle de ihmal edilirlerdi. Birçoğu tacize maruz kaldı. İşin garibi, bu durumun iyi niyetli bir atmosferde ortaya çıkmış olmasıydı.

Bölüm 1'de okuduğunuz gibi hastaneye kapatma hareketi 1793'te Fransız doktor Philippe Pinel'in, La Bicêtre akıl hastanesinde "delileri zincirlerinden kurtarıp" "moral tedavi" uygulamasına başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Yüzyıllardır ilk kez ciddi rahatsızlıkları olan hastalar, sempati ve nezaketle bakılması gereken insanlar olarak görülüyordu. Pinel'in fikirleri Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'ne yayıldıkça ciddi ruhsal bozukluğu olanlara bakım sağlamak için tımarhaneler yerine büyük akıl hastanelerinin kurulmasına yol açtı (Goshen, 1967).

**Şizofrenisi olan kişiler, neden aşırı kalabalık koğuşlar ve lobotomiye mahkum olup daha sonra kurumsuzlaştırılıyor?**

Genel olarak arazi ve emeğin ucuz olduğu izole bölgelere kurulan bu yeni akıl hastaneleri, hastaları günlük yaşamın streslerinden korumayı ve onlara terapistlerle yakın temas kurabilecekleri sağlıklı bir psikolojik ortam sunmayı amaçlıyordu (Grob, 1966). Hatta Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyaletlerden özel hastanelere parası yetmeyen hastalar için kamu akıl hastaneleri, **devlet hastaneleri** kurmalarına dair yasa çıkartıldı.

Ancak sonunda devlet hastanesi sisteminde ciddi sorunlarla karşılaşıldı. 1845 ile 1955 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 300 devlet hastanesi açıldı ve herhangi bir günde hastaneye yatırılan hasta sayısı 1845'te 2.000'den 1955'te yaklaşık 600.000'e yükseldi. Bu artış sırasında koğuşlar aşırı kalabalıklaştı, yatışlar artmaya devam etti ve devletten sağlanan ödenekle bunu sürdürmek mümkün değildi.

Devlet akıl hastanelerinin öncelikleri ve sağladıkları bakımın kalitesi bu 110 yılda zamanla değişti. Aşırı kalabalık oluşları ve yetersiz personel nedeniyle temel vurgu insani koşullarda yardımdan düzeni korumaya doğru kaydı. Tımarhane dönemine geri dönüşte zor hastalar hastanelere kapatıldı, izole edildi ve cezalandırıldı; bireysel olarak ilgilenme devri son buldu. Hızlı bir şekilde iyileşmeyen hastalar, *arka kapılar ardındaki koğuşlara* veya kronik hastaların koğuşlarına transfer edildi (Bloom, 1984). Bu koğuşlardaki hastaların çoğu şizofreni hastasıydı (Häfner & an der Heiden, 1988). Arka

### #ÖzlüSözler

"İnanıyorum ki sokaktan geçen ilk normal insanı alıp bir psikiyatri hastanesine yatırırsanız haftalar içinde deli olarak tanı alabilecek hâle gelir."

*Clare Allan, romancı, Poppy Shakespeare*



John Stanmeyer/VII/Redux

**kurum yaşamı** Yirminci yüzyılın ilk yarısındaki Amerika Birleşik Devletleri'nde hizmet veren akıl hastanelerini anımsatan bu sahnede hastalar Şanghay'ın merkezindeki kalabalık bir hastane koğuşunda günlerini geçiriyor. Günümüzde terapist eksikliği nedeniyle psikolojik bozukluğu olan Çinli insanların sadece küçük bir kısmı uygun profesyonel bakımı alabiliyor.

koğuşlar umutsuzlukla dolu insan depolarıydı. Personel, zor hastalarla başa çıkmak için deli gömleğine ve kelepçeye güveniyordu. *Lobotomi* gibi daha "gelişmiş" tıbbi yaklaşımları içeriyordu (bk. ***Psikolojik Gözlem*** sayfa 384). Birçok hasta bu koşullar altında sadece iyileşmemekle kalmamış, aynı zamanda ek belirtiler de göstermeye başlamıştır.

## Kurumsal Bakım Hizmeti Daha İyiye Gidiyor

1950'lerde klinisyenler, yıllarca kurumlarda yaşayan hastalara nihayet bir miktar umut veren iki kurumsal yaklaşım geliştirdiler: insancıl ilkelere dayalı *tedavi edici ortam terapisi* (milieu therapy) ve davranış ilkelerine dayanan *jetonla ödüllendirme programı*. Bu yaklaşımlar, özellikle kurumsallaşmanın daha da kötüleştirdiği alanlar olan hastaların kişisel bakımı ve benlik saygısını iyileştirmeye yardımcı oldu. Bu yaklaşımlar kısa sürede birçok kurum tarafından benimsendi ve artık kurumsal bakımın standart özellikleri haline geldi.

**Tedavi Edici Ortam Terapisi** Londralı psikiyatrist Maxwell Jones, 1953 yılında çeşitli psikolojik rahatsızlıklara sahip kişilerden oluşan bir hasta koğuşunu terapötik bir topluluğa dönüştürdü. Bu girişim, hastane ortamındaki ilk **tedavi edici ortam terapisi** (Milieu therapy) uygulamasıydı. Ortam terapisinin dayandığı nokta; üretmeye dayalı aktiviteyi, öz saygıyı ve bireysel sorumluluğu teşvik eden bir sosyal iklim veya ortam yaratarak hastalara yardımcı olunabileceğidir. Bu tür ortamlarda hastalara kendi hayatlarını yönetme ve kendi kararlarını verme hakkı verilir. Kuralları ve cezaları belirlemek için kurumdaki personelle birlikte çalışarak topluluk yönetimine dâhil olabilirler. Hastalar ayrıca özel projeler, işler ve eğlence aktivitelerde görev alabilirler. Kısacası, günlük programları hastane dışındaki hayata benzeyecek şekilde tasarlanmıştır.

Jones'un öncü niteliğindeki çabasından bu yana Batı dünyasındaki kurumlarda ortam yaklaşımına benzer programlar oluşturulmuştur. Programlar değişiklik gösterse personel en azından hastalar ve personel arasındaki etkileşimi (özellikle grup etkileşimlerini) teşvik etmeye, hastaları aktif tutmaya ve neler başarabilecekleri konusunda beklentilerini yükseltmeye çalışır.

Yıllar boyunca yapılan araştırmalar, bu tür hastane programlarında tedavi gören, şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozuklukları olan kişilerin çoğunlukla iyileşme gösterdiğini ve temelde kapalı tutma ve gözetime odaklanan programlarla kıyaslandığında hastaların hastaneden çıkış oranlarının daha yüksek daha olduğunu göstermiştir (Smith & Spitzmueller, 2016; Paul, 2000). Ancak yine de birçoğunun işlevlerindeki bozulma devam etmektedir ve hastaneden çıktıktan sonra da korunaklı ortamlarda yaşamak zorunda kalırlar. Tüm sınırlılıklarına rağmen ortam terapisi birçok kurumda, genellikle diğer hastane yaklaşımlarıyla birlikte uygulanmaya devam etmektedir. Ayrıca bu bölümün ilerleyen kısımlarında ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler için hazırlanan sosyal rehabilitasyon merkezleri ve diğer toplum programlarının çoğunun, milyö terapi ilkelerini uyguladığını göreceksiniz.

**Jeton Ekonomisi** 1950'lerde öncelikli olarak davranışlar ve öğrenme ilkeleriyle ilgilenen klinisyenler, hastane koğuşlarında edimsel koşullama tekniklerinin sistematik kullanımının şizofreni hastalarının davranışlarını değiştirmeye yardımcı olabileceğini keşfettiler (Ayllon, 1963; Ayllon ve Michael, 1959). Bu teknikleri uygulayan programlara **jeton ekonomisi programları** denir.

Jeton ekonomisinde hastalar istendik davranışlar sergiledikleri zamanlarda ödüllendirilirler ve istenmeyen davranışlar sergilediklerinde ise ödül alamazlar. İstendik davranışlar için anında verilen ödüller genellikle jetonlardır ve kişi; bu jetonları yiyecek, sigara, hastanede elde edilebilecek birtakım ayrıcalıklarla değiş tokuş yapabilir. Bunlar bir bütün olarak "jeton ekonomisini" oluşturur. İstendik davranışlar arasında

### #ÖzlüSözler

"İnsanlar her zaman deliler ama en deliler, onları iyileştirebileceğini düşünenler."

Voltaire (1694-1778)

kişinin kendine ve sahip olduklarına özen göstermesi (yatağı toplaması, giyinmesi), bir iş programına gitmesi, normal konuşması, koğuş kurallarına uyması ve kendini kontrol etmesidir. Araştırmacılar, jeton ekonomilerinin psikotik davranışlar ve diğer zorlayıcı davranışları azaltmaya yardımcı olduğunu bulmuşlardır (Ivy ve diğ., 2017; Swartz ve diğ., 2012).

Klinisyenlerin bazıları, jeton ekonomisi programlarıyla ilgili bazı çekinceleri dile getirmektedir. Edimsel koşullama ilkeleri, bir hastanın psikotik düşünce ve algılarını mı yoksa hastanın normal davranışı *taklit etme* yeteneğini mi geliştiriyor? Bu sorun, kendisinin ABD Hükûmeti olduğu sanrısı olan orta yaşlı John adında bir adamın vakasıyla örneklendirilebilir. John ne zaman konuşsa bir hükûmet başkanı gibi konuşurdu. "Sizi gördüğümüze sevindik... Hizmetimizde sizin gibi insanlara ihtiyacımız var... Faaliyetlerimizi John'un vücudunda yürütüyoruz." John'un kaldığı hastanede jeton ekonomisi programı uygulanmaya başlandığında ilgili personel onun sanrılarını hedefledi ve jeton kazanmak için kendisini doğru bir şekilde uygulamak istedi. Birkaç ay sonra John, kendisinden hükûmetmiş gibi bahsetmeyi bıraktı. Adı sorulduğunda "John" dedi. Personel onun gelişiminden belirgin bir şekilde memnun olsa da John'un bu durum hakkındaki görüşleri farklıydı. Özel bir konuşma sırasında şunları söyledi:


Eitan Abramovich/Getty Images

**Ortam felsefesi** Bir zamanlar oldukları kadar ön planda olmasalar da ortam ilkeleri birçok akıl hastanesindeki tedavi yaklaşımlarını etkilemeye devam ediyor. Arjantin, Buenos Aires'teki Borda psikiyatri hastanesinde hastalar, terapistler ve gönüllüler, hastalara eşitlik, kendine saygı ve yeterlilik kendine saygı ve yeterlilik duygusu aşılamak amacıyla birlikte tango kursu alıyorlar.

> *Biz artık çok bıktık bu durumdan. Ne zaman bir sigara istesek onların saçmalıklarına katlanmak zorundayız. "Adın ne? Sigarayı kim istiyor? Hükûmet nerede?" Mesela bu sabah bir sigara için çaresizce lanet hemşire Simpson'a gittik ve bize istediğini yaptırdı. "Sigara istiyorsan bana adını söyle. Adın ne?" Tabii ki "John" dedik çünkü sigaraya ihtiyacımız vardı. Ona gerçeği söylersek sigara vermeyecekti ki. Ama bu saçmalıklar için ayıracak zamanımız yok. Yapılmayı bekleyen işlerimiz, uluslararası işlerimiz, değiştirilecek yasalarımız, işe alınacak insanlar var ve bu insanlar, oyunlarını oynamaya devam ediyor.*
>
> *(Comer, 1973)*

Jeton ekonomisi programları artık eskisi kadar popüler değil ancak çoğu akıl hastanesinde, genellikle ilaçlarla birlikte ve toplumsal bakım merkezlerinde hâlâ kullanılmaktadır (Ivy ve diğ., 2017). Bu yaklaşım, eğitim ve iş yerleri gibi alanların yanı sıra zihinsel engelin varlığı, suçluluk ve hiperaktivite dahil olmak üzere diğer klinik sorunlara da uygulanmıştır (Ivy ve diğ., 2017; Spiegler & Guevremont, 2015).

## Antipsikotik İlaçlar

Ortam terapisi ve jeton ekonomisi programları, şizofreni teşhisi konan hastalara dair karamsar tablonun iyileştirilmesine yardımcı oldu ancak şizofreni tedavisinde gerçekten devrim yaratan şey 1950'lerde antipsikotik ilaçların keşfiydi. Bu ilaçlar, belirtilerin çoğunu ortadan kaldırmakta ve günümüzde neredeyse her zaman tedavinin bir parçası olarak yer almaktadır (Jibson, 2017).

Antipsikotik ilaçların keşfi, araştırmacıların alerjilerle mücadele için *antihistaminik ilaçları* geliştirdikleri 1940'lara dayanmaktadır. Fransız cerrah Henri Laborit kısa süre sonra bir grup antihistaminik olan *fenotiyazinler*in, ameliyat olmak üzere olan hastaları sakinleştirmeye yardımcı olmak için kullanılabileceğini keşfetti. Fenotiyazinlerden biri olan klorpromazin, psikotik semptomları olan altı hasta üzerinde test edildi ve belirtileri net bir şekilde azalttığı bulundu. 1954'te klorpromazin, Amerika Birleşik Devletleri'nde antipsikotik bir ilaç olarak Thorazine ticari adıyla satış onayı aldı.

**tedavi edici ortam terapisi** Kurumların kendine saygıyı, sorumlu davranışı ve anlamlı etkinliği teşvik eden bir iklim yaratarak hastaların iyileşmesine yardımcı olabileceği görüşüne dayanan hümanist bir yaklaşım.

**Jeton ekonomisi programı** Bir kişinin arzu edilen davranışlarının, sonrasında birtakım eşyalar veya ayrıcalıklarla değiş tokuş edilebilen jetonlar verilerek sistematik bir şekilde pekiştirildiği bir program.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## Lobotomi: Böyle Bir Şey Nasıl Olabilir?

1935'te Egas Moniz adlı Portekizli bir nörolog, zihinsel işlevlerinde ciddi düzeyde işlev bozukluğu olan bir hastada prefrontal lökotomi adını verdiği devrim niteliğinde yeni bir cerrahi prosedür uyguladı (Wright, 2017; Raz, 2013). Lobotominin ilk hâli olan bu prosedür, kafatasının her iki tarafına iki delik açılması ve sinir liflerini kesmek veya yok etmek için beyin dokusuna buz parçasına benzeyen bir alet sokulmasıyla gerçekleştiriliyordu. Doktor Moniz şizofreni, depresyon ve obsesif-kompulsif bozuklukta görülen ciddi anormal düşüncelerin nedeni olarak bu tür düşünceleri beynin bir bölümünden diğerine taşıyan sinir yollarında sorun olduğuna inanıyordu. Moniz, bu yolları keserek anormal düşünceyi durdurabileceğine ve normal zihinsel işleyişi geri getirebileceğine inanıyordu.

İlk lökotomiden bir yıl sonra Moniz, Avrupa'da 20 hastada prosedürü başarıyla kullandığını anlatan bir monografi yayımladı (Raz, 2013). Amerikalı bir nörolog Walter Freeman; monografiyi okudu, prosedürü Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıp camiasının dikkatine sundu, prosedürü birçok hasta üzerinde uyguladı ve bu yöntemin en büyük destekçisi oldu. 1947'de cerrahın beyin dokusunu yok etmek için göz yuvasından beyne bir iğne soktuğu ve döndürdüğü transorbital lobotomi adı verilen ikinci bir lobotomi türü geliştirdi (Collins & Stam, 2015).

1940'ların başından 1950'lerin ortalarına kadar lobotomi çoğu doktor tarafından mucizevi bir tedavi olarak görüldü ve psikiyatrinin ana akım müdahalelerinden biri hâline geldi (Wright, 2017; Levinson, 2011). Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde tahminen 50.000 kişiye lobotomi uygulandı (Johnson, 2005).

Günümüzde biz lobotominin mucizevi bir tedavi olmadığını biliyoruz. Akıl hastalığı olan insanları "tedavi etmek" şöyle dursun, bu uygulama binlerce kişiyi son derece içine kapanık, itaatkâr ve uyuşuk bir hâle getirdi. O hâlde bu prosedür neden 1940'lar ve 1950'lerde tıp camiası tarafından bu kadar büyük bir coşkuyla kabul edildi? Sinirbilimci Elliot Valenstein (1986), ilk olarak o zamanlar akıl hastanelerindeki aşırı kalabalıklığa işaret ediyor; o dönemde yapılan bu lobotomi müdahaleleri, bu kalabalığı hafifletmeye yardımcı olmuştu. Valenstein ayrıca prosedürün mucitlerinin kişiliklerine de gönderme yapmaktadır. Bu kişiler yetenekli ve kendini işine adamış doktorlar olmasına rağmen -hatta 1949'da Moniz yaptığı çalışmalar nedeniyle Nobel Ödülü'ne layık görülmüştür- Valenstein bu iki kişinin profesyonel hırslarının onları bu prosedürü uygularken çok aceleci ve cesurca davranmaya sevk ettiğine inanıyor.

Moniz ve Freeman'ın prestiji o kadar büyüktü ve nöroloji alanı o kadar küçüktü ki geliştirdikleri yöntem çok az eleştiri aldı. Doktorlar belki de lobotomiyle ilgili erken dönem çalışmaların ortaya koyduğu görünüşte olumlu bulgular nedeniyle de yanlış yönlendirilmiş olabilir ve sonradan ortaya çıktığı gibi aslında bu bulgular sağlam bir metodolojiye dayanmamaktadır (Wright, 2017; Cooper, 2014).

1950'lere gelindiğinde yürütülen daha kapsamlı çalışmalar, yüzde 1,5 ila 6'lık bir ölüm oranına sahip olmanın yanı sıra lobotomilerin beyin nöbetleri, aşırı kilo alımı, motor koordinasyon kaybı, kısmi felç, idrar kaçırma, endokrindeki bozulmalar, entelektüel ve duygusal tepkilerin zayıflaması gibi ciddi sorunlara neden olabileceğini ortaya koymuştur (Lapidus ve diğ., 2013). Etkili antipsikotik ilaçların keşfi, ruhsal bozukluklara yönelik bu insanlık dışı tedaviye son verilmesine yardımcı olmuştur (Krack ve diğ., 2010).

Günümüzün psikocerrahi prosedürleri büyük ölçüde yan etkilerinden arındırılmıştır, 70 yıl önceki lobotomilere pek benzememektedir. Ayrıca bu prosedürler genellikle sadece şiddetli OKB ve depresyon vakaları için kullanılmaktadır (Neumaier ve diğ., 2017, 2016; Nair ve diğ., 2014). Buna rağmen birçok profesyonel, beyin dokusunda hasar oluşturan herhangi bir müdahalenin uygun olmadığını ve hatta etik dışı olduğunu ve klinik alanın en utanç verici ve akıl almaz tedavi çabalarından birini canlı tutmaya yol açtığını ileri sürmektedir.



Bettmann/Getty Images

**Psikocerrahi dersleri** Nöropsikiyatrist Walter Freeman, 1949'da bir grup ilgili izleyicinin önünde bir hastanın göz yuvasından beynine bir iğne sokarak bir lobotomi gerçekleştiriyor.

Fenotiyazinlerin keşfinden bu yana, başka türde antipsikotik ilaçlar da geliştirilmiştir. Bu bölümün başlarında okuduğunuz gibi 1960'lar, 1970'ler ve 1980'ler boyunca geliştirilen ilaçlar, daha yakın zamanda geliştirilmiş olan *ikinci kuşak antipsikotiklerden* ayırt edilebilmesi amacıyla için artık *birinci kuşak antipsikotik ilaçlar*

olarak anılmaktadır. Birinci kuşak ilaçlar aynı zamanda *nöroleptik ilaçlar* olarak da bilinir çünkü sıklıkla nörolojik hastalıkların semptomlarına benzer istenmeyen hareketlerin ortaya çıkmasına yol açarlar. Daha önce de okuduğunuz gibi antipsikotik ilaçlar, dopamin nörotransmitterinin aşırı aktivitesini en azından kısmen bloke ederek psikotik belirtileri azaltırlar (Jibson, 2018; Wang ve diğ., 2018).

**Antipsikotik İlaçlar Ne Kadar Etkili?** Araştırmalar, antipsikotik ilaçların şizofreni tanısı alan hastaların yaklaşık yüzde 70'inde belirtileri azalttığını göstermiştir (Stroup & Marder, 2017). Ayrıca doğrudan yapılan karşılaştırmalarda ilaçların şizofreni tedavisinde psikoterapi, ortam terapisi veya elektrokonvülsif terapi gibi yöntemlerin tek başına kullanılmasından daha etkili olduğu görülmektedir.

İlaçlardan fayda sağlayan hastalar için ilaçlar birkaç hafta içinde net bir iyileşme sağlar. Ancak bu kişiler ilaçları almayı çok erken bırakırsa belirtiler geri dönebilir (Tiihonen, Tanskanen ve Taipale, 2018). Antipsikotik ilaçlar özellikle de birinci kuşak olanlar, şizofreninin pozitif belirtilerini (varsanılar ve sanrılar gibi) negatif belirtilerine (konuşma yoksulluğu, künt ve düz duygulanım, istek kaybı) kıyasla tamamen ortadan kaldırabilir veya en azından daha hızlı bir şekilde azaltır (Jibson, 2018, 2017; Krause ve diğ., 2018).

**Birinci Kuşak Antipsikotik İlaçların İstenmeyen Etkileri** Birinci kuşak antipsikotik ilaçlar, psikotik belirtileri azaltmanın yanı sıra bazen rahatsız edici hareket sorunları da üretmektedir (Olten & Bloch, 2018). Bu etkilere **ekstrapiramidal etkiler** denir çünkü ilaçlar, motor aktiviteyi kontrol etmeye yardımcı olan beynin ekstrapiramidal alanlarını etkilemektedir.

En yaygın ekstrapiramidal etkiler, nörolojik bir bozukluk olan Parkinson hastalığının özelliklerine çok benzeyen *Parkinson belirtileridir*. Birinci kuşak antipsikotik ilaçları kullanan hastaların en az yarısında, tedavilerinin bir noktasında kas titremeleri ve kas sertliği görülür; sallanabilir, yavaş hareket edebilir, ayaklarını karıştırabilir ve çok az yüz ifadesi gösterebilirler. Bazıları ayrıca yüz, boyun, dil ve sırt hareketleri gibi ilgili istemsiz hareketler de sergileyebilirken bir kısmı da uzuvlarında önemli ölçüde huzursuzluk ve rahatsızlık hisseder.

Ekstrapiramidal ilaç etkilerinin çoğu günler veya haftalar içinde ortaya çıkarken **tardif diskinezi** ("Geç ortaya çıkan hareket bozukluğu" anlamına gelir.) adı verilen bir tepki, genellikle birinci kuşak antipsikotik kullanımının altıncı ayından önce ortaya çıkmaz (Tarsy, 2018, 2016). Bu sendrom; dilin, ağzın, yüzün veya tüm vücudun istemsiz kıvranması veya tik benzeri hareketlerini istemsiz çiğneme, emme ve dudak

**ekstrapiramidal etkiler** Şiddetli titreme, yüzün tuhaf şekilde buruşturulması, vücudun burkulması ve bazen aşırı huzursuzluk gibi antipsikotik ilaçların neden olduğu istenmeyen hareketler.

**tardif diskinezi** Bazı hastalarda uzun süre antipsikotik ilaç kullandıktan sonra görülen istem dışı hareketleri içeren ekstrapiramidal etkiler.



Xavier Rossi/Gamma-Keystone/Getty Images

**ilaç devrimi** 1950'lerden bu yana ilaçlar şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozuklukları olan hastaların tedavisinin temel parçası hâline geldi. İlaçların kullanılmaya başlanması, artık yıllar yerine haftalar süren hastane yatışlarıyla sonuçlandı.

TABLO: 12-3

**Bazı Antipsikotik İlaçlar**

| Genel İsim | Ticari İsim |
|---|---|
| **Birinci kuşak antipsikotikler** | |
| Klorpromazin | *Torazin* |
| Trifluoperazin | *Stelazin* |
| Flufenazin | *Proliksin* |
| Perfenazin | *Trilafon* |
| Asetofenazin | *Tindal* |
| Klorprotiksen | *Taraktan* |
| Tiyotiksen | *Navane* |
| Haloperidol | *Haldol* |
| Loksapin | *Loksitan* |
| Pimozid | *Orap* |
| **İkinci nesil antipsikotikler** | |
| Risperidon | *Risperdal* |
| Klozapin | *Klozaril* |
| Olanzapin | *Zyprexa* |
| Ketiapin | *Seroquel* |
| Ziprasidon | *Geodon* |
| Aripiprazol | *Abilify* |
| Iloperidon | *Fanapt* |
| Lurasidon | *Latuda* |
| Paliperidon | *Invega* |
| Asenapin | *Saphris* |

şapırdatma kolların, bacakların veya tüm vücudun sarsıntılı hareketlerini içerebilir. Birinci kuşak antipsikotik ilaçları, özellikle de en kuvvetli olanlarını uzun süreyle kullanan kişilerin yüzde 15'inden fazlasında bir dereceye kadar tardif diskinezi geliştiğine ve ilaçlar ne kadar uzun süre alınırsa riskin o kadar yüksek olduğuna inanılmaktadır (Tarsy, 2018, 2016; Achalia ve diğ., 2014). 50 yaşın üzerindeki hastalar daha büyük risk altındadır. Ayrıca tardif diskineziyi ortadan kaldırmak zor hatta bazen de imkânsız olabilir (Bergman ve diğ., 2018; Soares-Weiser ve diğ., 2018).

Günümüzde klinisyenler birinci kuşak antipsikotik ilaçları reçeteleme konusunda geçmişe göre daha bilgili ve daha temkinlidir (bk. **Tablo 12-3**). Önceden, hastalar böyle bir ilaçla düzelmediğinde reçete eden hekim dozu artırmaya devam ederdi; bugün ise antipsikotik ilacın etkisini iyileştirmeye yardımcı olacak başka bir ilaç daha eklemek, ilacı kesmek ve alternatif bir ilaç denemek veya tüm ilaçları kesmek gibi yollar denenmektedir (Tiihonen ve diğ., 2018; Stroup & Marder, 2017). Günümüzde klinisyenler, her hasta için etkili olabilecek en düşük dozları reçete etmeye ve hasta normal çalışmaya başladıktan haftalar veya aylar sonra ilaçları kademeli olarak azaltmaya çalışmaktadır.

Peki neden geçmişte psikiyatristler, ilaçların yan etkilerden muzdarip olan hastalara yüksek dozda antipsikotik ilaç vermeye devam ediyorlardı?

**İkinci Nesil Antipsikotik İlaçlar** Daha önce okuduğunuz gibi, ikinci nesil antipsikotik ilaçlar son yıllarda geliştirilmiştir. Bu yeni ilaçların en yaygın olarak kullanılanları *klozapin* (ticari adı Clozaril), *risperidon* (Risperdal), *olanzapin* (Zyprexa), *ketiapin* (Seroquel), *ziprasidon* (Geodon) ve *aripiprazoldür* (Abilify). Daha önce belirtildiği gibi bu ilaçlar birinci kuşak ilaçlara göre dopamin D-2 reseptöründe daha az ve dopamin D-1, D-4 ile serotonin reseptöründe daha fazla alınır (Olten & Bloch, 2018; Tarsy, 2018, 2016).

İkinci nesil antipsikotik ilaçlar, en az birinci kuşak ilaçlar kadar hatta onlardan daha etkili görünmektedir (Jibson, 2017; Stroup & Marder, 2017). Klozapin genellikle en etkilisi gibi görünmekle birlikte diğer ikinci nesil ilaçlar da birçok kişi için önemli değişikliklere yol açmaktadır. Örneğin daha önce tanıştığımız Cathy'yi ve yıllarca birinci kuşak antipsikotik ilaç kullanıp fayda sağlayamadığı hâlde Risperidon'a ne kadar iyi yanıt verdiğini hatırlayın. Birinci kuşak ilaçların aksine, ikinci nesil ilaçlar sadece şizofreninin pozitif semptomlarını değil, aynı zamanda bir nebze de olsa negatif olanları da azaltır (Krause ve diğ., 2018). Bir diğer önemli faydası, ikinci nesil ilaçlar -özellikle klozapin- ekstrapiramidal belirtilere daha az neden olur ve tardif diskinezi üretme olasılığı daha düşüktür (Tarsy, 2018, 2016).

Bu tür avantajlar göz önüne alındığında ilaç tedavisi gören tüm şizofreni hastalarının yarısından fazlası, bozukluğun birincil tedavisi olarak kabul edilen ikinci nesil ilaçları kullanmaktadır (Kapitanyan & Su, 2018; Roberts ve diğ., 2018). Bipolar bozukluğu veya diğer ciddi bir ruh sağlığı sorunu olan birçok hastaya da, ikinci nesil antipsikotik ilaçların birçoğunun yardımcı olduğu görülmektedir (Jibson, 2017). Ancak ikinci nesil antipsikotik ilaçların da ciddi sorunları vardır. Örneğin bu ilaçlardan biri olan klozapin kullanan kişilerde, beyaz kan hücrelerinde meydana gelen yaşamı tehdit edecek düzeydeki düşüşü tanımlayan **agranülositoz** gelişme riski yaklaşık yüzde 1 ile 1,5'tir. (Diğer ikinci nesil ilaçlarda bu yan etki görülmez.) (Coates, 2018; Zhu ve diğ., 2018)

## Psikoterapi

Antipsikotik ilaçların keşfinden önce psikoterapi şizofreni hastaları için gerçekten bir seçenek değildi. Çoğu, psikoterapiden fayda göremeyecek kadar gerçeklikten kopmuştu. Ancak günümüzde psikoterapi bu tür birçok hastaya yardımcı olmaktadır (Morrison ve diğ., 2018). Antipsikotik ilaçlar, düşünce ve algı bozukluklarını gidermeye yardımcı olarak şizofreni hastalarının kendilerini daha net görmelerine, hastalıkları hakkında bilgi edinmelerine, terapiye aktif olarak katılmalarına (bk. ***Akıl ve Teknoloji***si s. 388) davranışlarında değişiklikler yapmalarına ve yaşamlarındaki

stresörlerle başa çıkabilmelerine olanak tanır. Psikoterapinin en yararlı biçimleri bilişsel-davranışçı terapi ve iki ayrı sosyokültürel müdahaleyi içerir: aile terapisi ve sosyal terapi. Genellikle de tedavide çeşitli yaklaşımlar bir arada kullanılır.

**Bilişsel-Davranışçı Terapiler** Şizofrenisi olan kişiler için şu anda iki tür bilişsel-davranışçı terapi kullanılmaktadır: (1) *bilişsel onarım* ve (2) *halüsinasyonun yeniden yorumlanması ve kabul edilmesi*. Araştırmalar, her iki yaklaşımın farklı yollardan fayda sağladığını göstermektedir (Bustillo & Weil, 2018).

**BİLİŞSEL ONARIM** **Bilişsel onarım**, şizofrenisi olan kişilerde sıklıkla görülen bilişsel bozukluklara özellikle de dikkat, planlama ve hafıza güçlüklerine odaklanan bir yaklaşımdır (Fan, Liao ve Pan, 2017; John ve diğ., 2017). Burada danışanların, bilgisayardaki giderek zorlaşan bilgi işleme görevlerini tamamlamaları gerekmektedir. İlk olarak dikkat becerilerini geliştirmek için tasarlanmış bir görev olan, ekranda yanıp sönen çeşitli uyaranlara mümkün olduğunca çabuk tepki vermek gibi basit bir görevle başlayabilirler. Bu görevi kayda değer bir hızla gerçekleştirebildiklerinde kısa süreli belleklerini zorlayan, karmaşık bilgisayar görevlerine geçerler. Her bir bilgisayar görevinde ustalaştıkça planlama ve sosyal farkındalık gerektiren bilgisayar görevlerine ulaşana kadar merdiveni çıkmaya devam ederler.

Çalışmalar; şizofrenisi olan kişilerin çoğu için bilişsel onarımın dikkat, planlama, hafıza ve problem çözme alanlarında orta düzeyde iyileştirmeler sağladığını göstermektedir. Ayrıca sağlanan bu iyileşmenin, diğer tedavi yaklaşımlarının sağladığından daha fazla olduğu görülmüştür (Bustillo & Weil, 2018; Fan ve diğ., 2017). Tüm bunların ötesinde bu iyileştirmeler danışanın günlük yaşamını ve sosyal ilişkilerini de kapsar.

**VARSANILARI YENİDEN YORUMLAMA VE KABUL** Daha önce okuduğunuz gibi şizofreninin bilişsel-davranışçı açıklaması, bozukluğu olan kişilerin biyolojik olarak tetiklenen duyumların bir sonucu olarak gerçekten de sesler duyduğu (veya başka tür halüsinasyonlar deneyimlediği) öncülüyle başlar. Bu teoriye göre şizofreniye giden yol, insanlar bu garip duyumları anlamlandırmaya çalıştıklarında ve seslerin dış kaynaklardan geldiği, zulme uğradıkları gibi yanlış bir sonuca vardıklarında şekillenir. Bu yanlış yorumlamalar aslında birer sanrıdır.

Bu açıklamadan yola çıkarak birçok klinisyen, şizofrenide kişilerin halüsinasyonlarına bakışlarını ve tepki verme şekillerini değiştirmeye yardımcı olmak için tasarlanmış bilişsel-davranışçı bir yaklaşım kullanmaktadır (Lincoln & Peters, 2018; Gottlieb ve diğ., 2017). Terapistler, kişilerin bu tür deneyimlerini daha doğru bir şekilde yorumlamaları için

**agranülositoz** Beyaz kan hücrelerinde meydana gelen ve yaşamı tehdit eden düşüş. Bu durum bazen ikinci kuşak antipsikotik ilaç olan klozapin kullanımına bağlı olarak da görülebilir.

**bilişsel onarım** Şizofrenisi olan kişilerde görülen, özellikle de dikkat, planlama ve hafıza güçlükleri gibi bilişsel bozukluklara odaklanan bir tedavi yaklaşımı.

#

## #ÖzlüSözler

"Eğer sen Tanrı'yla konuşursan bu dua olarak görülür. Ancak eğer Tanrı seninle konuşuyorsa sen bir şizofrensindir."

Thomas Szasz, psikiyatri kuramcısı




Sara Lautman The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Evet, daha evvel de bu 'Facebook'tan bahsetmiştin. Söyle bana 'Facebook' şu anda bir şey söylüyor mu?"*

AKIL VE TEKNOLOJİ

## İşitsel Halüsinasyonlara Yüz Eklemek

Bölüm 2'de giderek artan sayıda terapistin, danışanlarının psikolojik sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için avatar terapisini kullandığını okudunuz. Bu sanal gerçeklik terapisinde klinisyenler, danışanların ekrandaki sanal insan figürleriyle etkileşime girmesini sağlar. Avatar terapisinin belki de en cesur uygulaması, şizofreniden muzdarip insanlarda kullanılmasıdır. Klinik araştırmacı Julian Leff ve birkaç meslektaşı, bu tür kişiler için umut vaat eden bir yaklaşım geliştirmiştir (Craig ve diğ.,2018, 2016; Leff ve diğ., 2014, 2013).

Yapılan pilot çalışmada araştırmacılar, hayalî sesler (işitsel halüsinasyonlar) duyan 16 katılımcıyı araştırmaya dâhil ettiler. Her bir katılımcıya kulağa kötü gelen ve kötü görünen bir avatar sunuldu. Avatarın ses perdesi ve görünümü, hastaların kendi varsanılarına ilişkin tanımlamaları doğrultusunda tasarlandı.

Uygulama sırasında terapist başka bir odadan ekrandaki avatarı kontrol ederken hasta bilgisayar simülasyonunun olduğu odada tek başına bırakıldı. Başlangıçta avatar, hastaya yönelik pek çok korkutucu ve üzücü duruma ifade ederken bir yandan da terapist hastayı avatarın söylediklerine karşı koyması için cesaretlendiriyordu. "Buna artık tahammül etmeyeceğim, söylediğin şey çok saçma, bunlara inanmıyorum, git başımdan ve beni yalnız bırak, bu işkenceye ihtiyacım yok." gibi cümlelerle avatara karşı tepki göstermesini destekliyordu (Rus-Calafell ve diğ.,2015; Kedmey, 2013; Leff ve diğ.,2014, 2013).



University College London

**Sanal yaşamdaki sesler.** Bu, şizofreni tedavisinde kullanmak üzere klinik araştırmacı Julian Leff ve meslektaşlarının geliştirdiği kötü bakışlı avatarlardan biri.

**Sizce işitsel halüsinasyonlara yönelik oluşturulan bir yüz tanımlamanın kısa veya uzun vadeli herhangi bir olumsuz etkisi olabilir mi?**

Her biri 30 dakika süren yedi seanstan sonra pilot çalışmaya katılanların çoğu daha seyrek ve daha az yoğunlukta işitsel halüsinasyon deneyimlediler ve duymaya devam ettikleri seslerden de daha az rahatsız olduklarını bildirdiler. Ayrıca katılımcıların depresif duygularında ve intihar düşüncelerinde de hafifleme olduğu görüldü. 16 kişiden üçü, seanslardan sonra işitsel varsanılarının tamamen ortadan kalktığını belirtti. Bu umut verici sonuçlar, her biri benzer bulgular ortaya koyan daha büyük ölçekteki çalışmalar tarafından tekrarlandı (Craig ve diğ., 2018, 2016). Yapılan bu çalışmaların sonuçları bir arada değerlendirildiğinde kişinin sanal bir dünyada varsanılarla yüzleşmesinin, şizofrenisi olan kişilerin bazılarına yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

gerekli yönlendirme yapılabildiği takdirde yanlış yorumlamaları sonucu yaşadıkları korku ve kafa karışıklığının ortadan kalkacağına inanırlar. Bu nedenle terapistler tedavide davranışsal ve bilişsel tekniklerin bir kombinasyonunu kullanır:

1. Danışanlara halüsinasyonların biyolojik nedenleri hakkında eğitim verirler.
2. Danışanların kendi varsanılarının ve sanrılarının nasıl "ortaya çıktığı ve kaybolduğu" hakkında daha fazla bilgi edinmelerine yardımcı olurlar. Örneğin danışanlar, hangi tür olay ve durumların kafalarındaki sesleri tetiklediğini belirlemeyi öğrenir.
3. Terapistler danışanlarının, seslerin çok güçlü ve kontrol edilemez olduğu ve bunlara biat etmek gerektiğine dair varsanıların gücü hakkındaki yanlış yorumlamalarına meydan okurlar. Terapistler ayrıca bu tür düşünceleri test etmeyi teşvik ederler. Örneğin danışanlar duydukları varsanının söylediği emirlere uymaya direnirlerse ne olur?
4. Terapistler, danışanlara varsanılara ilişkin atıflarını düzenleme ve daha doğru bir şekilde yorumlamayı öğrenmeleri konusunda yardım ederler. Örneğin danışanlar, "Bu gerçek bir ses değil, benim hastalığım!" gibi alternatif yorumlama biçimleri geliştirip uygulayabilir.
5. Terapistler, danışanlara rahatsız edici duyumları (varsanılar) ile başa çıkma teknikleri öğretir. Örneğin danışanlar, varsanılara eşlik eden fiziksel uyarılmayı azaltmanın yollarını öğrenebilirler -özel nefes alma teknikleri ve gevşeme egzersizleri kullanmak, olumlu kendilik ifadeleri geliştirmek, dikkat dağıtma stratejileri gibi teknikleri kullanmak bunlardan bazılarıdır.

### #ÖzlüSözler

"İçinde biraz delilik olmayan hiçbir büyük deha yoktur."

Aristotle

Bu bilişsel davranışçı teknikler genellikle şizofreni hastalarının halüsinasyonları üzerinde daha fazla kontrol hissetmelerine ve sanrılarını azaltmaya yardımcı olurlar (Lincoln & Peters, 2018; Gottlieb ve diğ., 2017). Ancak varsanıları tamamen ortadan kaldırmazlar. Peki, varsanıların kişi üzerindeki rahatsız edici etkisini azaltmak için yapılabilecek başka bir şey var mı? Bu sorunun cevabı, evet. *Kabul ve adanmışlık terapisi* uygulayıcıları başta olmak üzere *yeni dalga bilişsel-davranışçı terapistler* bu etkinin azaltılmasında yardımcı olabilirler.

Bölüm 2'de ve Bölüm 4'te okuduğunuz gibi yeni dalga bilişsel-davranışçı terapistler tedavinin en temel amacının var olan düşünceleri yargılamak, onlara göre hareket etmek ya da onları değiştirmeye çalışmak yerine danışanların bu sorunlu düşüncelerini *kabul etme*lerine yardımcı olmak olduğuna inanırlar. Örneğin terapistler, yoğun kaygı yaşayan bireylerin, düşüncelerini kuşatan endişenin *farkında* (mindful) olmalarına ve bu tür olumsuz düşünceleri, zararsız zihin olayları olarak *kabul etme*lerine yardımcı olur (bk. sayfa 110). Benzer şekilde şizofreni vakalarında da yeni dalga bilişsel-davranışçı terapistler, danışanların kendi halüsinasyonlarının bağımsız ve tarafsız gözlemcileri olmalarına yardım ederler. Bunu yaparken temel olan, yalnızca olağandışı duyumlara dikkat etmeleri ve onları oldukları gibi kabul etmeleridir. Aksi takdirde yaşamları bu görevler olayların ekseninde ilerlerler (Gaudiano ve diğ., 2017).


Patrick Aventurier/Getty Images

**Benim gibi bir terapist** Fransa'nın Montpellier Hastanesindeki AltarEgo projesi, şizofrenisi olanlara yardım etmek için bilgisayar tabanlı teknolojiyi kullanıyor. İnsanların kendilerine benzeyen kişilerle daha iyi ilişki kurduğu ve onlardan daha çok şey öğrendiği öncülüne dayanan program, müşterilerin kendilerine benzer avatarlarla etkileşime girmesini sağlıyor. Bu resimde danışan, birlikte çalışacağı avatarın, kendi vücudunu ve hareketlerini tarayarak programlamasına yardımcı olur.

Araştırmalar, bilişsel-davranışçı tedavilerin şizofreni danışanlarına genellikle çok yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Lincoln & Peters, 2018; Morrison ve diğ., 2018). Bu tedavileri alan danışanların birçoğu, varsanılarından daha az sıkıntı duyduklarını ve daha az sanrıları olduğunu bildirmektedir. Gerçekten de danışanlar genellikle şizofreni tanısından arınabilmektelerdir. Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen hastalar arasında yeniden hastaneye yatışlar yüzde 50 azalmaktadır.

**Aile Terapisi** Şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluklarla mücadele eden birçok kişi aileleriyle birlikte yaşar: ebeveynleri, kardeşleri, eşleri veya çocukları. Genel olarak konuşmak gerekirse akrabalarına karşı olumlu hisler besleyen şizofreni hastaları tedavide daha başarılı olmaktadır (Bustillo ve Weil, 2018). Daha önce görmüş olduğunu gibi iyileşen hastalardan yüksek düzeyde duygu dışavurumu olan akrabalarla yani çok eleştirel, duygusal olarak aşırı ilgili veya düşmanca olan aile üyeleriyle yaşayanlar, daha olumlu ve destekleyici akrabalarla yaşayanlara göre çok daha yüksek bir nüks oranına sahiptir (Joseph, 2018; Wang ve diğ., 2017). Dahası bazı aile üyeleri, şizofrenisi olan bir yakınlarının sosyal olarak geri çekilmesinden ve olağandışı davranışlarından çok büyük rahatsızlık duyabilmektelerdir (Lloyd ve diğ., 2017; Yu ve diğ., 2017).

Bu tür sorunları ele almak için klinisyenler artık şizofreni tedavisine aile terapisini de dâhil etmekte; aile üyelerine rehberlik etme, eğitim verme, pratik tavsiyeler sunma, hastalık hakkında psikoeğitim verme adımlarının yanı sıra onlara duygusal destek ve empati sağlamaktadır (Brown & Weisman de Mamani, 2018; Bustillo & Weil, 2018). Aile terapisinde akrabaların daha gerçekçi beklentiler oluşturmaları amaçlanır, daha hoşgörülü ve yeni iletişim kalıplarını denemeye daha istekli hâle gelirken daha az suçluluk duygusuna kapılırlar. Aile terapisi ayrıca şizofrenisi olan kişinin aile hayatındaki baskılarla baş etmesine, aile üyelerinden daha iyi yararlanmasına ve sıkıntılı etkileşimlerden kaçınmasına yardımcı olur. Araştırmalar, aile terapisinin -özellikle de ilaç tedavisiyle birleştirildiğinde- aile içindeki gerilimi azalttığını ve böylece nüksetme oranlarının ve hastaneye yeniden yatışların azalmasına yardımcı olduğunu bulmuştur (Brown & Weisman de Mamani, 2018; Bustillo & Weil, 2018).

Şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin aileleri de cesaretlenmek ve tavsiye almak amacıyla *aile destek gruplarına* veya *aile psikoeğitim programlarına* başvurabilirler (Norman ve diğ., 2017; Bademli ve Duman, 2016). Bu tür programlarda aile bireyleri aynı durumdaki diğer aile üyeleriyle bir araya gelerek duygu ve düşüncelerini paylaşır, karşılıklı destek sağlar ve şizofreni hakkında bilgi edinirler.

#

## #BabaEtkisi

Doğduklarında babaları 50 yaşın üzerinde olan kişilerin şizofreni geliştirme olasılığı, babaları 50 yaşın altında doğanlara göre daha fazladır. Bipolar bozuklukta olduğu gibi bu durum, yaşlanan erkeklerin sperm hücrelerinin üretimi sırasında daha fazla genetik mutasyon üretme eğilimi ile açıklanabilir (Stovall, 2018; Crystal ve diğ., 2012).

**Sosyal Terapi** Birçok klinisyen, şizofrenisi olan kişilerin tedavisinin, danışanların yaşamlarındaki sosyal ve kişisel zorlukları ele alan teknikleri içermesi gerektiğine inanmaktadır. Bu klinisyenler danışanlarla problem çözme, hafıza geliştirme, karar verme ve sosyal beceriler konusunda destek olurlar; danışanların ilaç uyumunu sağlamaya hatta iş, mali yardım, uygun sağlık hizmetine ulaşım ve uygun barınma imkânları bulmalarına yardımcı olmak için çalışırlar (Norman ve diğ.,2017; Granholm ve diğ., 2014). Araştırmalar; *sosyal terapi* veya *kişisel terapi* olarak adlandırılan bu pratik, aktif ve geniş kapsamlı yaklaşımın gerçekten de insanları hastaneden uzak tutmaya yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Bustillo & Weil, 2018).



Kevin Spear/Orlando Sentinel/TNS via Getty Images

**topluluk erişimi** Evsiz insanlarda şizofreninin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir ve şizofreniye sahip olmak, kişinin evsiz kalma olasılığını da artırır. Bu nedenle Central Florida Üniversitesinden yüksek lisans öğrencisi Briana Daniel, Orlando'daki evsizlerin giyim, çamaşır, hijyen ve ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmayı amaçlayan ve gönüllü bir program olan Sokak Takımı Hareketi'ni kurdu ve hâlen programı yönetiyor. 25 yaşındaki kadın, programı ülke çapında yaygınlaştırmayı planlıyor.

## Toplum Yaklaşımı

Şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozuklukların tedavisinde en geniş yaklaşım *toplum yaklaşımı*dır. 1963'te kısmen kamu akıl hastanelerindeki korkunç koşullar ve kısmen de antipsikotik ilaçların ortaya çıkması nedeniyle ABD Hükûmeti, hastaların serbest bırakılmasını ve toplum içinde tedavi edilmesini karara bağladı. Kongre, psikolojik bozukluğu olan hastaların evlerinden uzaktaki kurumlara nakledilmesindense bir dizi ruh sağlığı hizmetini -ayakta tedavi, yatarak tedavi, acil bakım, önleyici bakım ve tedavi sonrası bakım- almalarını şart koşan *Toplum Ruh Sağlığı Yasası*'nı kabul etti. Bu olay en çok şizofrenisi ve diğer ciddi rahatsızlıkları olan kişileri, özellikle de yıllarca kurumlarda kalmış olanları etkilemiştir. Kısa bir süre sonra dünyadaki diğer ülkelerde de benzer sosyokültürel tedavi programları uygulamaya koyuldu.

Böylece onlarca yıl sürecek **kurumsuzlaştırma hareketi** ve şizofreniye ya da diğer ağır ruh sağlığı sorunlarından birine sahip olan yüz binlerce kişinin devlet akıl hastanelerinden toplum içinde yaşamaya doğru giden göçü başlamıştır. 1955'te belirli bir günde, devlet kurumlarında 600.000'e yakın hasta kalırken bugün bu tür tesislerde yaklaşık 42.000 hasta tutulmaktadır (Statista, 2018; Smith & Milazzo-Sayre, 2014). Klinisyenler, şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıklar sonrasında iyileşen hastaların toplum programlarından büyük ölçüde faydalanabileceğini deneyerek görmüşlerdir (Joshi ve diğ., 2018; Bustillo & Weil, 2017, 2016). Bununla birlikte göreceğiniz gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde bu insanlar için sunulan gerçek toplum bakımı kalitesi yetersiz kalmıştır. Sonuç olarak güncel durumu bir *"döner kapı"*ya benzetmek mümkündür. Birçok hasta taburcu olup toplumun içine karışır ve aylar içinde kötüleşerek yeniden bir kuruma yatar. İkinci kez taburcu olur ve sonra tekrar hastaneye yatar. Bu böyle tekrar tekrar devam eder (Allison ve diğ., 2018; Burns & Drake, 2011).

"Döner kapı" modeli şizofrenisi olan kişilerin belirtilerini ve bozukluğun görünümünü nasıl kötüleştirebilir?

**Etkili Toplum Bakımının Özellikleri Nelerdir?** Şizofreniden ve diğer ağır bozukluklardan kurtulan kişilerin ilaca, psikoterapiye, günlük baskı ve sorumlulukların üstesinden gelmede yardıma, karar vermede rehberliğe, sosyal beceri eğitimine, evde desteğe ve mesleki danışmanlığa, kısacası *aktif toplum tedavisi* adı verilen ve yukarıda sayılan hizmetlerin bir kombinasyonuna ihtiyaçları vardır (Gaudiano ve diğ., 2017). Yaşadıkları toplumda bu ihtiyaçları karşılanan kişiler, diğer topluluklarda yaşayanlara göre daha fazla ilerleme kaydetmektedir (Schöttle ve diğ., 2018). Etkili toplum bakım programlarının temel özelliklerinden bazıları şunlardır: (1) hasta hizmetlerinin koordinasyonu, (2) kısa süreli hastaneye yatış, (3) kısmi hastane yatışı, (4) evde gözetim ve (5) iş/uğraş eğitimi.

**HİZMETLERİN KOORDİNASYONU** Toplum Ruh Sağlığı Yasası ilk kabul edildiğinde toplum bakımının ilaca erişimi kolaylaştıracak, psikoterapi ve ağır durumda olan kişilere yataklı acil bakım hizmetleri sağlayacak, aynı zamanda diğer toplum kuruluşları

tarafından sunulan hizmetleri de koordine edebilecek olan **toplum ruh sağlığı merkezleri** tarafından sağlanması bekleniyordu. Toplum ruh sağlığı merkezleri olduğunda ve bu bahsedilen hizmetleri sağladığında şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıkları olan kişiler genellikle önemli ilerlemeler kaydeder (Bustillo & Weil, 2018; Joshi ve diğ., 2018). Farklı hizmetlerin koordineli çalışması, özellikle *kimyasal madde kötüye kullanımı olan akıl hastaları* olarak anılan kişiler, psikotik bozukluğu olanlar ve madde kullanım bozuklukları olan kişiler için ayrıca önem taşır (Campbell, Caroff, & Mann, 2018, 2017).

**KISA SÜRELİ HASTANE YATIŞI** İnsanlarda şiddetli psikotik belirtiler geliştiğinde günümüzün klinisyenleri bunları ilk önce ayaktan tedaviyle, genellikle de antipsikotik ilaçlar ve psikoterapi kombinasyonu ile tedavi etmeye çalışırlar. Bu yaklaşım başarısız olursa bir akıl hastanesi veya genel bir hastanenin psikiyatri servisinde birkaç haftalık (aylar veya yıllar değil) kısa süreli hastane yatışını denerler (Gaudiano ve diğ., 2017; Craig & Power, 2010). Hastalar iyileşme göstermeye başladıktan kısa bir süre sonra takibin yapılması ve toplum içinde tedavi için kullanılan genel bir terim olan **hastane sonrası bakım hizmeti** için taburcu edilirler.

**KISMİ HASTANE YATIŞI** Bazı kişiler hastaneye yatış ile ayaktan tedavi arasında bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyabilirler ve bu nedenle bazı toplumlarda **gündüz merkezleri** veya **gündüz hastaneleri** bulunur. Bu merkezler, hastaların gece evlerine döndükleri ancak günün tamamını orada geçirmelerini sağlayan programların olduğu yerlerdir. Bu tür programlarda hastalarla günlük aktiviteler yapılır, onlara terapiler ve sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar sunulur. Gündüz merkezlerinde tedavilerini sürdüren kişiler, hastanede uzun zaman kalan veya geleneksel ayakta tedavi yöntemleriyle tedavi olan kişilere göre genellikle daha çok iyileşme gösterir ve daha az nüks yaşar (Bustillo ve Weil, 2018; Bales ve diğ., 2014). Şizofrenisi ya da başka bir ağır ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin tedavisi için popüler hâle gelen başka bir kurum türü ise *yarı hastaneler* veya *kriz merkezi evleri*dir. Bunlar, ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilere 24 saat hemşire bakımı sağlayan toplum içinde yapılandırılmış evler veya diğer yapılardır (Zarzar ve diğ., 2018; Soliman ve diğ., 2008).

**EVDE GÖZETİM** Birçok insan hastaneye yatışına ihtiyaç duymayabilir ancak aileleriyle ya da tek başın yaşamaları da zor olabilir. *Yarıyol evleri* olarak da bilinen **sosyal rehabilitasyon merkezleri** genellikle bu açığı kapatma konusunda destek olur (MHA, 2017; Lindenmayer & Khan, 2012). Bu tür konutlarda 15-20 kişi barınabilir. Yatılı personel genellikle dışarıdan ruh sağlığı uzmanlarından eğitimini tamamlamış ve süpervizyon alan ruh sağlığı meslekleri dışındaki *yardımcı profesyonel*lerden oluşur. Evler genellikle karşılıklı desteği, birlikte yaşamanın sorumluluğunu almayı ve kendini idare edebilmeyi vurgulayan bir *ortam terapi* felsefesi ile yönetilir. Araştırmalar sosyal rehabilitasyon merkezlerinin, şizofreniden ve diğer ciddi rahatsızlıklardan kurtulan birçok kişinin toplum yaşamına uyum sağlamasına ve yeniden hastaneye yatışın önlenmesine yardımcı olduğunu göstermektedir (MHA, 2017; Hansson ve diğ., 2002).

**İŞ/UĞRAŞ EĞİTİMİ VE DESTEK** Ücretli istihdam sağlanması, gelir, bağımsızlık kazanmak, öz saygının güçlenmesi ve başkalarıyla çalışmanın teşvik edilmesini sağlar. Aynı zamanda kişinin günlük yaşamında arkadaşlarının olmasını ve bir yaşam düzenini beraberinde getirir. Bu nedenlerle mesleki eğitim ve işe yerleştirme, şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler için önemli hizmetlerdir (Norman ve diğ., 2017).

Bu tür rahatsızlıklardan kurtulan birçok kişi, henüz rekabetçi ortamlara veya karmaşık işlere hazır olmayan çalışanlar için denetimli bir iş yeri olan *korunaklı bir atölyede* mesleki eğitim alır. Şiddetli psikolojik sorunlar yaşayan kişiler için alternatif bir iş fırsatı da meslek kuruluşlarının ve danışmanların, danışanların toplumda rekabetçi işler bulmalarına yardımcı olduğu ve danışanlar çalışırken onlara psikolojik destek

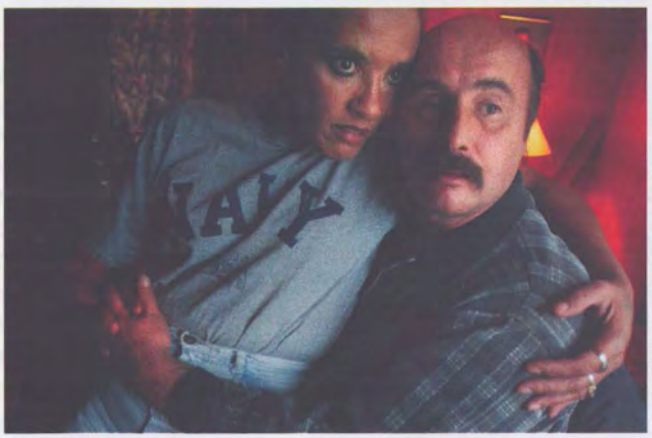
**kurumsuzlaştırma** Çok sayıda hastanın toplum içinde tedavi edilebilmeleri için uzun süreli kurum bakımından taburcu edilmesi.

**toplum ruh sağlığı merkezi** Psikolojik sorunlar için ilaç, psikoterapi ve acil bakım desteği sağlayan ve toplum içinde tedaviyi koordine eden bir tedavi tesisi.

**hastane sonrası bakım** Hastanede sonrası bakım ve toplum içinde tedavi programı.

**gündüz bakım merkezi** Sadece gün içinde hastane benzeri tedavi hizmeti sunan bir program. Gündüz hastanesi olarak da bilinir.

**yarıyol evleri** Şizofreni veya diğer ciddi sorunları olan kişiler için genellikle yardımcı profesyonellerin çalıştığı bir konut. Grup evi veya kriz evi olarak da bilinir.



Craig F. Walker/The Denver Post via Getty Images

**Gündüz merkezinde tanıştılar** Sunday ve Sam Duncan, Colorado, La Junta'daki evlerinde bir portre için poz veriyorlar. Her ikisi de şizofreniden muzdarip olan evli çift, Güneydoğu Ruh Sağlığı Hizmetlerindeki bir gündüz merkezinde tanışmış ve onlara göre ilk görüşte âşık olmuşlar. O gündüz merkezi, şizofreniye yönelik yenilikçi yaklaşımı nedeniyle ulusal ödüller almıştır.


Craig F. Walker/Getty Images

**"Mahkemeden Topluma"** Colorado'nun Denver şehrinde, ağır ruhsal bozukluklara sahip olan kişileri hapishaneler yerine mahkemenin gözetiminde yürütülen akıl sağlığı programlarına yönlendiren *Mahkemeden* Topluma adlı bir program oluşturulmuştur. Fotoğrafta görülen ve şizofrenisi olan bu adam gibi tekrarlı şekilde suç işleyen kişiler ilaçlarını alıp almadıklarını, sokak uyuşturucularından uzak durup durmadıklarını ve terapiye katılıp katılmadıklarını belirleyen bu program yargıcının karşısında kendilerini savunurlar. Toplum içinde yaşamak hapse girmekten daha iyidir ama bunu yapabilmek de zordur. Bu adam hakime "Dışarıdayken kendimi hapiste gibi hissediyorum." diye açıklama yapıyor.

sağladıkları *destekleyici istihdamdır* (Bustillo & Weil, 2018; Abraham ve diğ., 2017; Güneş, 2014). Ne yazık ki korunaklı atölyeler gibi destekleyici istihdam fırsatları da genellikle yetersizdir. Şiddetli psikolojik bozukluğu olan bireylerin yüzde 20'sinden daha azı rekabetçi iş piyasasında kendine yer bulabilmektedir.

**Toplum Tedavisi Nasıl Başarısız Oldu?** Etkili toplumsal programların, şizofrenisi ve diğer ciddi ruh sağlığı sorunu olan kişilerin iyileşmesine yardımcı olabileceğine şüphe yoktur. Bununla birlikte bu hizmete erişebilenlerin oranı, ihtiyacı olan tüm insanların yarısından daha azdır (Joshi ve diğ., 2018; Addington ve diğ., 2015). Aslında herhangi bir yıla bakıldığında şizofreni veya diğer ağır ruhsal bozukluklara sahip olan tüm insanların yüzde 40 ila 60'ı hemen hemen hiç tedavi görmemektedir (NAMI, 2018; NIMH, 2017). Bunun nedeni olarak iki faktörden bahsedilebilir: hizmetlerdeki koordinasyon eksikliği ve hizmetlerin yetersizliği.

**HİZMETLERDEKİ KOORDİNASYON EKSİKLİĞİ** Bir toplulukta ruh sağlığı hizmeti sağlayan farklı kurumlar genellikle birbirleriyle iletişim kuramazlar. Örneğin bir sosyal rehabilitasyon merkezi açılmış olabilir ve yakında bulunan toplum ruh sağlığı merkezindeki terapist bundan haberdar olmayabilir. Devam eden bir başka sorun da özellikle taburculuk aşamasındaki devlet hastaneleri ile toplum ruh sağlığı merkezleri arasındaki iletişimin zayıf olmasıdır (Bonsack ve diğ, 2016; Torrey, 2001).

İletişim ve koordinasyondaki bu sorunların üstesinden gelebilmek için toplum terapistleri, şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozuklukları olan kişiler için **vaka sorumluları** belirlenmeye başlamıştır (Schneeberger ve diğ., 2017; Burns, 2010). Bu kişiler, mevcut toplum hizmetlerini koordine etmeye ve danışanların yasal haklarının korunmasına yardımcı olmaya çalışırlar. Daha önce tanımlanmış olan sosyal terapistler gibi onlar da terapi ve tavsiye sunar, problem çözme becerileri ile sosyal beceriler konusunda yol gösterir, danışanların ilaçlarını doğru bir şekilde almalarını sağlar ve olası sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulundururlar. Artık bu alanda çalışan birçok uzman, etkili vaka yönetiminin topluluk programları için başarının anahtarı olduğuna inanmaktadır.

**HİZMETLERİN YETERSİZLİĞİ** Şiddetli ruhsal bozukluğa sahip olan kişilere sunulan topluluk programlarının sayısı (toplum ruh sağlığı merkezleri, sosyal rehabilitasyon merkezleri, korunaklı atölyeler) ne yazık ki yetersizdir (NIMH, 2017; Burns & Drake, 2011). Ayrıca var olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin çoğu genellikle enerjilerinin ve bütçelerinin çoğunu kaygı bozuklukları veya sosyal açıdan uyum güçlükleri gibi sorunları olan kişilere ayırmaktadır. Bu tür toplum ruh sağlığı merkezlerinde tedavi edilen hastaların sadece bir kısmı şizofreniden veya psikozun işaret ettiği diğer rahatsızlıklardan muzdarip kişilerdir (NIMH, 2017).

Sunulan hizmetin yetersiz kalmasının çeşitli nedenleri vardır. Bunlardan ilki ekonomik nedenlerdir. Bir yandan bakıldığında psikolojik bozukluğu olan insanlar için geçmişte olduğundan daha fazla kamu fonu ayrılmaktadır. Örneğin 1963'te bu alanda toplam 1 milyar dolar harcanırken 2017'de her yıl yaklaşık 152 milyar dolar kamu finansmanı ruhsal bozukluğu olan insanlara ayrılmıştır (SAMHSA, 2017, 2014). Bu, enflasyon ve reel kur hesaba katıldığında bile önemli bir artışı temsil etmektedir. Öte yandan ek paranın oldukça az bir kısmı ciddi rahatsızlıkları olan insanlar için toplum temelli tedavi programlarına gider. Bunun yerine çoğu reçeteli ilaçlara, sosyal güvenlik engelli aylığı gibi aylık gelir ödemelerine, daha hafif şiddetteki bozukluklara sahip olan kişilerin bakım evi masraflarına, genel hastanelerde ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik sunulan hizmetlere ve toplum hizmetlerine harcanmaktadır (SAMHSA, 2017, 2014). Bugün, uzun vadeli ciddi rahatsızlıkları olan kişilere toplum tedavisi sağlamanın mali yükü, federal hükûmetler veya eyaletlerden ziyade genellikle yerel yönetimlere ve kar amacı gütmeyen kuruluşlara düşmektedir. Tahmin edilebileceği gibi bu tür yerel kaynaklar her zaman bu zorluğun üstesinden gelemez (SAMHSA, 2017, 2014 ; Feldman ve diğ., 2014).

**vaka sorumlusu** Şizofreni veya diğer ciddi bozukluklardan birine sahip olan kişiler için terapi, tavsiye, ilaç tedavisi, rehberlik ve hasta haklarının korunması dahil olmak üzere geniş bir yelpazede hizmet sunan ve koordine eden toplum terapistidir.

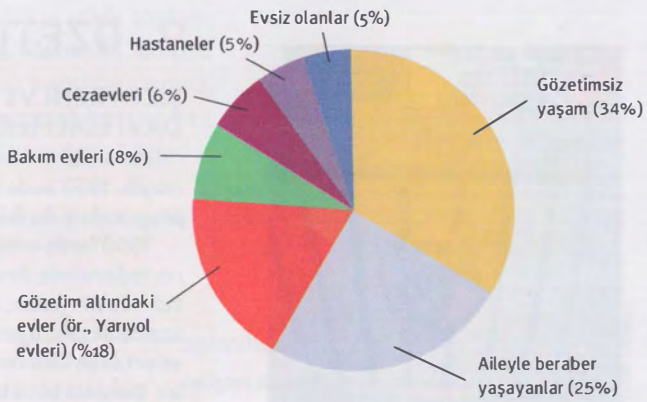
**Yetersiz Toplum Tedavisi Ne Tür Sonuçlar Doğurur?** İçinde yaşadıkları toplumda ihtiyaç duydukları hizmete erişemeyen ve ailelerinin özel tedavi kurumlarına ekonomik gücü yetmeyen şizofreniden veya diğer ağır ruhsal bozukluklardan muzdarip kişilere ne olur? Daha önce de okuduğunuz gibi büyük bir kısmı hiç tedavi görmemekte, diğerleri bir devlet hastanesinde veya yarı hastane formatındaki merkezlerde kısa bir süre geçirmekte ve daha sonra genellikle yeterli gözetim olmaksızın erken taburcu edilmektedir (NIMH, 2017; Burns & Drake, 2011).

Bu bireyler çeşitli ortamlarda yaşamlarını sürdürürler (MIP, 2017; Torrey, 2014, 2001). Birçoğu ailelerinin yanına döner, ilaç kullanır, bir ihtimalle duygusal ve ekonomik destek alabilirken alında tedavi yolunda büyük adımlar atılmış olmaz. Yaklaşık yüzde 8'i, yalnızca bakım aldıkları ve ilaç desteği sağlanan bakımevleri veya bakımevine benzeyen alternatif bir kuruma gider (**bk. Şekil 12-4**). Yaklaşık yüzde 18'i, gözetimin genellikle eğitimsiz personeller tarafından sağlandığı bakımevleri (küçük ya da büyük), pansiyonlar, geçici evler vb. tesisler gibi özel konutlara yerleştirilmektedir. Bu konutlar kalite bakımından büyük farklılıklar gösterir. Şizofreni ve diğer ciddi bozukluklardan muzdarip kişilerin 34'ü tamamen denetimsiz ortamlarda yaşarlar. Bazıları yalnız yaşamanın zorluğuna dayanabilir ancak diğerleri bağımsız olarak yaşamlarını idame ettiremez ve sağlıksız tek göz odalı otellerde veya ortak paylaşımlı evlerde kalmaya mahkûm olurlar. Standartların altında ve güvensiz koşullarda yaşayabilirler, bu da hastalıklarını şiddetlendirebilir.

Son olarak, şizofreni ve diğer ciddi ruh sağlığı sorununa sahip olan çok sayıda insan evsiz kalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 565.000 evsiz insan vardır ve bunların yaklaşık dörtte biri -toplam 140.000 evsiz- ciddi bir ruhsal bozukluğa, genellikle şizofreniye sahiptir (NAMI, 2018; MIP, 2017). Birçoğu geçmişte çeşitli hastanelerden taburcu edilmiştir. Diğerleri ise olasılıkla ilk etapta hiç hastaneye kaldırılmamış genç yetişkinlerdir. Ağır ruhsal bozukluğu olan 440.000 veya daha fazla kişi, genellikle bozuklukları nedeniyle yaslara aykırı davranışlarda bulundukları gerekçesiyle hapishanelerde veya tutukevlerindedir (Allison, Bastiampillai ve Fuller, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hapishanelerde kalan kişilerin yüzde 26'sı şizofreniden veya başka bir ciddi zihinsel bozukluktan muzdariptir (Binswanger ve Elmore, 2018; Judd ve Parker, 2018). Şu bir gerçek ki kurumsuzlaştırma hareketi ve toplum ruh sağlığı hareketi bu bireyler için işe yaramadı, onları başarısızlığa uğrattı. Bu kişilerin birçoğu hastane hayatına geri dönebildiklerinde gerçekten rahatlamış hissettiklerini ifade etmektedir.

**Topluluk Tedavisinin Vaatleri** Var olan çok ciddi sorunlara rağmen uygun toplum bakımı, insanlara şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıklardan kurtulmalarında yardımcı olma konusunda büyük bir potansiyel barındırmaktadır. Klinisyenler ve birçok yetkili, bu yaklaşımın daha kullanılabilir hale getirilmesi konusundaki baskılarını sürdürmektedir. Gerçekten de 21 eyalette sürdürülen 34 ayrı etkili toplum programıyla ilgili yapılmış bir çalışmada hizmetlerin (ilaç, psikoterapi, vaka yönetimi ve girişken toplum tedavisi) uygun şekilde bir kombinasyonunu sağlayan programların şizofrenisi olan kişilerin yaşam kalitelerinde daha fazla iyileşme kaydettikleri; aynı zamanda diğer tedavi türleri ve daha az kapsayıcı toplum programlarıyla kıyaslandığında, belirtilerin azaltılmasında, işe ve okula yeniden katılımdaki artışta etkili oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Kane ve diğ., 2016).

Buna ek olarak dünyanın farklı ülkelerinde, topluluk tedavisinin iyileştirilmesi konusunda baskı yapan ulusal çıkar grupları oluşmuştur. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Akıl Hastalıkları İttifakı (NAMI), 1979'da 300 üyeyle başlamış ve 1.000'den fazla bölümde 200.000 üyeye genişlemiştir (NAMI, 2018, 2014). Büyük ölçüde ciddi zihinsel bozukluklardan etkilenen kişiler ve onların ailelerinden oluşan NAMI; üyeleri için yalnızca bir bilgi, destek ve rehberlik kaynağı değildir. Aynı zamanda eyalet ve ulusal yasama organlarında önemli bir lobi gücü hâline gelmiş ve toplum ruh sağlığı merkezlerine, şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıklara sahip daha fazla insana tedavi sunmaları yönünde baskı yapmıştır.




ŞEKİL 12-4

**Şizofrenisi olan kişiler nerede yaşar?**

Üçte birinden fazlası denetimsiz konutlarda yaşamaktadır, yüzde 6'sı hapishanede kalmaktadır ve yüzde 5'i evsizdir (Bilgi kaynağı: Allison ve diğ., 2018, 2017; MIP, 2017; Torrey, 2014, 2001; Kooyman & Walsh, 2011).

#

**#HapishaneNüfusu**

Hapishanelerde ve cezaevlerinde, tüm hastanelerde ve diğer tedavi tesislerinde olduğundan daha fazla şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluklarına sahip olan insan kalmaktadır.

Binlerce mahkûmun ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyduğu Chicago'daki Cook County Hapishanesi, şu anda fiilen Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en büyük akıl hastanesidir.

(Binswanger & Elmore, 2018; Stürup-Toft ve diğ., 2018; Pruchno, 2014; Balassone, 2011)




AP Photo/Lynsey Addario

**Kabul edilemez olanı değiştirmek** Bir ortak kullanılan evde yaşayan bir kadın, ağır zihinsel bozukluğu olan insanlar için oluşturulmuş toplu-luk konutlarının yetersizliğini protesto etmek için New York'taki bir miting sırasında bir pankart tutuyor.

## ...ÖZETLE

**ŞİZOFRENİ VE DİĞER CİDDİ RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARI NASIL TEDAVİ EDİLMEKTEDİR?** Yirminci yüzyılın yarısından çoğunda, şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozuklukların tedavisi temelde kurum denetimine alınma ve gözetim altında tutulmaydı. 1950'lerde iki ayrı hastane içi yaklaşım geliştirildi, ortam terapisi ve jeton ekonomisi programları. Bu iki yaklaşım genel bir iyileşme sağladı.

1950'lerde antipsikotik ilaçların keşfi, şizofreni ve psikozun işaret ettiği diğer bozuklukların tedavisinde devrim yarattı. Bugün bu ilaçlar neredeyse her zaman tedavinin bir parçasıdır. Teorisyenler, birinci kuşak antipsikotik ilaçların beyindeki dopaminin aşırı aktivitesini azaltarak çalıştığını savunurlar. Bu ilaçlar, şizofreninin pozitif semptomlarını tedavi etmede ve ortadan kaldırmada negatif belirtileri ortadan kaldırmaya kıyasla daha iyi etki gösterirler. Bununla birlikte birinci kuşak antipsikotik ilaçlar, özellikle ekstrapiramidal etkiler olarak adlandırılan hareketlerdeki anormallikler gibi istenmeyen etkilere de sebep olabilirler. Daha yakın zamanlarda ikinci nesil antipsikotik ilaçlar geliştirilmiştir ve bunlar daha az ekstrapiramidal etkiye neden olurlar.

Psikoterapi genellikle antipsikotik ilaçlarla birlikte kullanıldığında başarılı sonuçlar ortaya koymaktadır. Yararlı psikoterapi yaklaşımları arasında bilişsel-davranışçı terapi, aile terapisi ve sosyal terapi sayılabilir. Aile destek grupları ve aile psikoeğitim programlarının sayısı da gün geçtikçe artmaktadır.

Şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozuklukların tedavisine yönelik ortaya çıkan toplum yaklaşımı 1960'larda, Amerika Birleşik Devletleri'nde yürürlüğe giren kurumsuzlaştırma politikası nedeniyle yüz binlerce kişinin akıl hastalıkları hastanelerinden topluma salıverilmesiyle birlikte başladı. Etkili toplum bakım programlarının kilit unsurları arasında bir toplum ruh sağlığı merkezi tarafından hasta hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması, kısa süreli hastaneye yatış (ardından hastane sonrası bakım), gündüz merkezleri, sosyal rehabilitasyon merkezleri, mesleki eğitim ve destek merkezleri ve vaka yönetimi yer almaktadır. Bununla birlikte şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıkları olan kişiler için toplum bakımının kalitesi ve finansmanı yeterince sağlanamamıştır. Bu durum genellikle toplum ile hastane arasında süregiden bir "döner kapı" modeline neden olmuştur. Bunun sonuçlarından biri, bu tür rahatsızlıkları olan birçok kişinin artık evsiz kalmış olmaları veya hapishanelerde kalıyor olmalarıdır.

## Önemli Bir Ders

Yıllarca süren hüsran ve başarısızlıktan sonra klinisyenlerin artık şizofreni ve psikozun işaret ettiği diğer bozukluklara karşı kullanabilecekleri bir cephaneleri vardır. Antipsikotik ilaçların bu bozukluklardan kurtulmanın kapısını araladığı netlik kazanmıştır ancak çoğu durumda iyileşme sürecine yardımcı olmak için başka tür tedavilere de ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofreni ve diğer ciddi bozukluklarla çalışmak terapistlere önemli bir ders vermiştir: Biyolojik nedensellik için ortada olan kanıtlar ne kadar nesin olursa olsun, psikolojik bozuklukların tedavisine katı bir biyolojik yaklaşım uygulamak çoğu zaman bir hatadır. Yapılan biyolojik keşifler ve farmakolojik gelişmelerin etkisiyle 1960'larda şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluğa sahip olan yüz binlerce kişi, toplum içine salıverildi. Bu kişilerin psikolojik ve sosyokültürel ihtiyaçlarına çok az önem gösterildi ve birçoğu o zamandan beri yaşadıkları zorluklara hapsoldu. Sigorta sistemleri ya da hükûmetlerin genellikle psikolojik sorunların tek tedavisi olarak ilacı teşvik ettiği günümüz ikliminde, klinisyenler geçmişte yaşananları akılda tutmalıdır.

Önde gelen klinik araştırmacılardan Emil Kraepelin on dokuzuncu yüzyılın sonunda şizofreniyi tanımladığında hastalardan sadece yüzde 13'ünün iyileşebileceğini tahmin ediyordu. Bugün, toplum bakımındaki kısıtlılıklara rağmen şizofrenisi olanların çoğu -Kreaplenin'in tahmininden en az üç kat daha fazla kişi- gelişme gösteriyor. Klinik alan, Kraepelin'in zamanından bu yana kesinlikle önemli ölçüde ilerlemiştir ancak daha gidecek çok yolu vardır. Araştırmalar hem kısmi hem de tam iyileşme oranlarının çok daha yüksek olabileceğini gösteriyor. Bu ve

### KLİNİK SEÇENEKLER

Artık şizofreni hakkında bilgi sahibi oldunuz, bu bölümdeki etkileşimli vaka çalışmasına göz atın. Randy'nin belirtilerini tanımlayıp tanımlayamayacağınıza bakın ve belirtileri üzerinden olası bir teşhis önerin. Randy için ne tür bir tedavi daha etkili olurdu? ***Klinik Seçenekler***e erişmek için **Başlangıç**Çubuğuna gidin.

diğer ciddi ruhsal bozuklukları olan bu kadar çok insanın geliştirilmiş etkili toplum müdahalelerinden çok azına erişebilmesi veya hiç ulaşamaması, daha da kötüsü yüz binlerce kişinin evsiz kalması veya cezaevlerine gönderilmesi kabul edilemez. Şizofreni ve diğer ciddi rahatsızlıkları olan tüm insanların ihtiyaçlarını karşılamak için gereken adımları atmak, artık kamu görevlileriyle birlikte klinisyenlere bağlıdır.

## Anahtar Terimler

şizofreni, s. 364
psikoz, s. 364
şizofreni spektrum bozuklukları, s. 364
pozitif belirtiler, s. 365
sanrı, s. 365
biçimsel düşünce bozukluğu, s. 366
çağrışım gevşekliği, s. 366
varsanı, s. 366
uygunsuz duygulanım, s. 368
negatif belirtiler, s. 368
aloji, s. 368
kısıtlı duygulanım, s. 368
istek kaybı, s. 369
katatoni, s. 369
dopamin hipotezi, s. 371
antipsikotik ilaç, s. 371
fenotiyazin, s. 372
ikinci nesil antipsikotik ilaçlar, s. 373
birinci kuşak antipsikotik ilaçlar, s. 373
şizofreniyle ilişkili beyin devresi, s. 374
şizofrenojenik anne, s. 375
duygu dışavurumu, s. 378
eyalet hastanesi, s. 381
ortam terapi, s. 382
kupon/jeton ekonomisi programı, s. 382
nöroleptik ilaçlar, s. 385
ekstrapiramidal etkiler, s. 385
tardif diskinezi, s. 385
agranülositoz, s. 386
bilişsel onarım, s. 387
sosyal terapi, s. 390
kurumsuzlaştırma, s. 390
girişken toplum tedavisi, s. 390
toplum ruh sağlığı merkezi, s. 390
kimyasal madde kötüye kullanımı olan akıl hastaları (MICA), s. 391
hastane sonrası bakım, s. 391
gündüz merkezi, s. 391
sosyal rehabilitasyon merkezleri, s. 391
korunaklı atölye, s. 391
vaka sorumlusu, s. 392
özel ilgi grupları, s. 393

## Hızlı Kısa Sınav

1. Şizofreni nedir ve ne kadar yaygındır? Sosyoekonomik sınıf ve cinsiyetle arasında nasıl bir ilişki vardır? *s. 364-365*
2. Şizofreninin pozitif, negatif ve psikomotor belirtileri nelerdir? *s. 365-369*
3. Şizofreninin biyokimyasal, genetik, beyin devresi ve viral açıklamalarını tanımlayın ve araştırma sonuçlarıyla desteklenip desteklenmediğini tartışın. *s. 370-374*
4. Şizofreni için geliştirilmiş psikodinamik, bilişsel-davranışçı, çok kültürlü, sosyal etiketleme, aile ve gelişimsel psikopatoloji açıklamalarının temel özellikleri nelerdir? *s. 375-379*
5. Yirminci yüzyıl boyunca şizofreni ve diğer ciddi zihinsel bozuklukları olan insanlara yönelik uygulanan hastane temelli yaklaşımı tanımlayın. Milyö/ortam ve jeton ekonomisi tedavi programları ne kadar etkilidir? *s. 381-383*
6. Antipsikotik ilaçlar beyinde nasıl bir etki gösterir? Birinci kuşak/nesil antipsikotik ve ikinci nesil/kuşak antipsikotik ilaçlar arasında nasıl bir fark vardır? *s. 383-385*
7. Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar ne kadar etkilidir? Birinci kuşak antipsikotiklerin istenmeyen etkileri nelerdir? *s. 385-386*
8. Ne tür psikoterapi yaklaşımları şizofreni ve psikozla ilişkili diğer bozukluklarda işe yarar görünmektedir? *s. 386-390*
9. Kurumsuzlaştırma nedir? Toplum temelli bakım programlarının hangi özellikleri şizofreni ve diğer ciddi zihinsel bozuklukları olan insanlara yardım ederken kritik rol üstlenir? *s. 390-392*
10. Toplum temelli yaklaşım, ciddi ruh sağlığı sorunları olan kişiler için yetersiz kalmasının nedenleri nelerdir? *s. 392-393*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


Richtigkeit bescheinigt
Kunde
Datum
Best.-Nr. 8934 (V 6-54)
5
6
1
3
No 2
1,40 m
3
GE4Y
DATE
INITIALS

BÖLÜM

13

# ...Kişilik Bozuklukları

*Öne çıkan bir internet haber sitesinin editörlüğü için iş görüşmesindeyken Frederick, "Bu kendimi övüyormuşum gibi gelebilir ama olağanüstü yetenekli olduğumu söylemeliyim. Bu pozisyonda harika işler çıkaracağımdan eminim. Benve Osterman Post yakında ülkede gazetecilik ve blog yazarlığının standardını belirliyor olacağız. Hatta bir yıl içinde, Huffington Post'a dikiz aynasından bakıyor olacağız, emin olun!" dedi. Mülakat komitesi etkilenmişti. Frederick'in referansları elbette güçlüydü ama daha da önemlisi, onları adayın kendine olan güveni ve cesareti büyülemişti.*

*Bir yıl sonra o görüşmedeki kişilerin çoğu Frederick'i artık çok farklı bir şekilde tanımlıyordu -kibirli, kendini öven, soğuk, benmerkezci, bunaltıcı. Editör olarak iyi performans göstermişti (söylediği kadar muhteşem olmasa da) ama onun katlanılmaz kişiliği bu performansını gölgede bırakıyordu. Altındaki ve üstündeki iş arkadaşları onun manipülasyon çabalarından, duygusal patlamalarından, suçu üstlenmeyi reddetmesinden, durmadan övünmesinden ve görkemli planlarından bıkmışlardı. Frederick bir kez daha insanları biktırmıştı.*

*Elbette ki Frederick oldukça çekiciydi ve kendi istekleri için başkalarını nasıl önemli hissettireceğini biliyordu. Böylece arkadaşlarından ve hayranlarından payına düşeni her zaman alıyordu. Ama gerçekte, Frederick onlardan bıkıncaya ya da kendini öven yorumlarından ya da büyük planlarından birine duydukları coşkunun eksikliğinden dolayı bu kişiler tarafından ihanete uğramış hissedene kadar bu kişiler sadece Frederick'in hayatından geçip gidiyorlardı ya da Frederick'i artık çekemeyene kadar.*

*Zeki ve başarılı olmasına rağmen Frederick her zaman aldığından daha fazlasını -okulda daha yüksek notlar almaya, işte daha fazla maaş almaya, kız arkadaşlarından daha fazla ilgi almaya- almaya hakkı olduğunu düşünüyordu. Biraz bile eleştirilse öfkeyle tepki verirdi ve eleştiren kişinin kendisinin üstün zekasını, becerisini veya görünüşünü kıskandığından emindi. İlk bakışta, Frederick sosyal açıdan kendisine çok şey katmış gibi görünüyordu. Genellikle kendisini derin, anlamlı bir romantik ilişkinin ortasında bulabilirdi -burada şefkatli, özenli ve görünüşte partnerine bağlı olabilirdi. Ancak Frederick, birkaç hafta ya da ay içinde partnerinden her zaman yorulur ve soğur hatta partnerine karşı acımasız olmaya başlardı. Biriyle ilişkisi varken başka kadınlarla da ilişki yaşardı. Genellikle hoş olmayan ve bazen çirkin olan ayrılıklar ona nadiren üzüntü veya pişmanlık hissettirirdi ve eski partnerini bir daha asla düşünmezdi. Her zaman anın keyfini çıkarırdı.*

Her birimizin farklı bir *kişiliği* vardır -yani davranışlarımızı, duygularımızı, düşüncelerimizi ve etkileşimlerimizi etkileyen benzersiz şekilde ifade edilen bir dizi özellikten söz ediyoruz. Genellikle *kişilik özellikleri* olarak adlandırılan bazı özelliklerimiz, yaşam boyunca oldukça öngörülebilir şekillerde tepki vermemize neden olur. Yine de kişiliklerimiz esnektir, deneyimlerimizden de öğreniriz. Çevremizle etkileşim kurarken hangilerinin daha iyi ve hangilerinin daha etkili olduğunu görmek için çeşitli tepkiler deneriz. Bu ise kişilik bozukluğundan muzdarip kişilerin genellikle sahip olmadığı bir esnekliktir.

**Kişilik bozukluğu** olan kişiler benlik duygularını, duygusal deneyimlerini, hedeflerini, empati kapasitelerini ve / veya yakınlık kurma kapasitelerini bozan kalıcı, katı bir içsel deneyim ve dışa dönük davranış modeli sergilerler (APA, 2013) (bk. **Tablo 13-1**). Başka bir deyişle kendi kültürlerindeki çoğu insandan çok daha aşırı ve işlevsiz kişilik özelliklerine sahiplerdir, bu da kendileri veya başkaları için önemli sorunlara ve psikolojik sıkıntılara yol açar.

Frederick, bir kişilik bozukluğu sergiliyor gibi görünmektedir. Hayatının büyük bir bölümündeki aşırı narsisizm, büyüklenmecilik ve duyarsızlık hem kişisel hem de sosyal alanda zayıf işlevselliğe yol açmıştır. Bu durum kendisini defalarca kızgın ve takdir

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- "Eksantrik" Kişilik Bozuklukları
  - Paranoid Kişilik Bozukluğu
  - Şizoid Kişilik Bozukluğu
  - Şizotipal Kişilik Bozukluğu
- "Dramatik" Kişilik Bozuklukları
  - Antisosyal Kişilik Bozukluğu
  - Sınırda Kişilik Bozukluğu
  - Histriyonik Kişilik Bozukluğu
  - Narsisistik Kişilik Bozukluğu
- "Kaygılı" Kişilik Bozuklukları
  - Çekingen Kişilik Bozukluğu
  - Bağımlı Kişilik Bozukluğu
  - Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
- Çok Kültürlü Faktörler: İhmal Edilen Bir Araştırma Alanı
- Kişilik Bozukluklarını Sınıflandırmanın Daha İyi Bir Yolu Var mıdır?
  - Kişilik ve Kişilik Bozuklukları İçin Beş Büyük Faktör Kuramı
  - Belirli Kişilik Özellikleri ile Belirlenmiş Kişilik Bozukluğu: DSM-5'te Önerilen Boylamsal Yaklaşım
- Yeniden Keşfedildi ve Yeniden Değerlendirildi

**TABLO: 13-1**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Kişilik Bozukluğu |
|---|
| 1. 1. Birey, aşağıdaki alanların en az ikisinde işlev bozukluğuna yol açan uzun süreli, katı ve geniş kapsamlı bir içsel deneyim ve davranış örüntüsü sergiler: • Biliş • Duygu • Sosyal Etkileşimler • Dürtüsellik. |
| 2. Bireyin davranış örüntüsü, genellikle kendi kültüründe bulunanlardan önemli ölçüde farklıdır. |
| 3. Birey, önemli sıkıntı veya bozukluk yaşar. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

edilmemiş hissetmesine neden olmuş, onu yakın kişisel ilişkilerden mahrum bırakmış ve başkalarına hatırı sayılır derecede sıkıntı çektirmiştir. Frederick'in iş arkadaşları ve kız arkadaşlarının hissettiği üzüntü ve kargaşayı gördünüz.

Kişilik bozukluklarının belirtileri yıllarca sürer ve bazıları çocukluk döneminde başlamasına rağmen, genellikle ergenlik veya erken yetişkinlikte daha tanınabilir hâle gelir (Skodol, 2017). Bu bozukluklar, tedavisi en zor psikolojik sorunlar arasındadır. Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm yetişkinlerin yaklaşık yüzde 15'inin hayatlarının bir noktasında kişilik bozukluğu sergilediğini göstermektedir (Skodol, 2017; APA, 2013).

Kişilik bozukluğu olan bir kişinin başka bir bozukluktan muzdarip olması durumu da yaygındır, bu ilişkiye eş tanı veya *komorbidite* adı verilir. Bu bölümde daha sonra göreceğiniz gibi, örneğin çekingen kişilik bozukluğuna sahip, tüm ilişkilerden korkarak uzaklaşan birçok insan, aynı zamanda sosyal kaygı bozukluğu da göstermektedir. Araştırmalar, bir kişilik bozukluğuna sahip olmanın, bir kişinin diğer psikolojik sorunlardan başarılı bir şekilde kurtulma şansını zorlaştırdığını göstermektedir (Caligor ve Petrini, 2018; Silverman ve Krueger, 2018).

DSM-5, toplamda 10 kişilik bozukluğu tanımlar (APA, 2013). Genellikle de bu bozukluklar, üç ana gruba veya *kümeye* ayrılır. Tuhaf veya eksantrik davranışlarla tanımlanan bir kümede *paranoid, şizoid ve şizotipal* kişilik bozuklukları yer alır. İkinci bir kümede dramatik davranışlar belirgindir ve burada *antisosyal, sınırda, histriyonik ve narsisistik* kişilik bozuklukları bulunur. Son küme yüksek derecede kaygı içerir ve *çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif* kişilik bozukluklarından oluşur.

Bu 10 kişilik bozukluğunun her biri bir grup problemli kişilik belirtisi ile karakterizedir. Örneğin birazdan göreceğiniz gibi *paranoid kişilik bozukluğu* tanısı, bir kişinin başkalarının kendisine zarar vereceğine dair yersiz şüpheleri olduğunda, arkadaşlarının sadakati hakkında sürekli ama temelsiz şüpheleri olduğunda, olumlu olaylara bile tehdit edici anlamlar yüklediğinde, ısrarla kin beslediğinde, partnerinin sadakati hakkında tekrarlayıcı nitelikte ve yersiz endişeleri olduğunda konulur.

DSM'nin 10 farklı kişilik bozukluğunu listeleme biçimine *kategorik* yaklaşım adı verilir. Diğer deyişle açık veya kapalı bir ışık düğmesi gibi bu tür bir yaklaşım (1) sorunlu kişilik özelliklerinin insanlarda mevcut olup olmadığını, (2) bir kişilik bozukluğunun bir kişi tarafından sergilenip sergilenmediğini ve (3) bir kişilik bozukluğundan muzdarip bir kişinin, bu bozukluk dışındaki kişilik özelliklerinden önemli derecede rahatsız olmadığını varsayar.

Bununla birlikte bu varsayımların klinik uygulamalarda (örn., hastane ortamlarında) sıklıkla çeliştiği ortaya çıkmıştır. Aslında, DSM-5'te listelenen kişilik bozukluklarının belirtileri o kadar çok birbiriyle örtüşmektedir ki klinisyenler genellikle bir bozukluğu diğerinden ayırt etmekte zorlanmakta ve bu da kişilik bozukluğu olan bir kişi için hangi tanının doğru olduğu konusunda sık sık anlaşmazlıklara neden olmaktadır. Tanı koyan kişiler bazen belirli kişilerin birden fazla kişilik bozukluğuna sahip olduğunu bile belirlemektedir (Lilienfeld ve Latzman, 2018). Bu anlaşmazlık, 10 DSM-5 kişilik bozukluğu kategorisinin *geçerliliği* (doğruluğu) ve *güvenilirliği* (tutarlılığı) hakkında ciddi soruları gündeme getirmektedir.

Bu durum göz önüne alındığında birçok kuramcı kişilik bozuklukları için kategorik yaklaşımın kullanılmasına karşı çıkmıştır. Bu kuramcılar; kişilik bozukluklarının, işlev bozukluğunun türünden ziyade derecesine göre farklılaştığını ve belirli özelliklerin sadece varlığı veya yokluğundan ziyade kişilik özelliklerinin yoğunluğuna göre sınıflandırılması gerektiğine inanmaktalardır- buna da *boyutsal* yaklaşım adı verilir (Anderson ve diğerleri, 2018, 2014; Skodol, 2018). Boyutsal yaklaşımda her özellik, sorunsuz bir durumdan aşırı sorunlu duruma kadar uzanan bir süreç boyunca değişebilir olarak görülür. Kişilik bozukluğu olan kişiler, genel popülasyonda yaygın olarak bulunmayan ciddi ölçüde sorun yaşayan kişilerdir.

Kategorik yaklaşımın yetersizlikleri ve boyutsal yaklaşım için artan ilgi göz önüne alındığında DSM-5'in çerçevesini oluşturanlar başlangıçta kişilik bozukluklarının nasıl sınıflandırılması gerektiği konusunda önemli değişiklikler önermiştir. Uzun tartışmalardan sonra ise mevcut DSM'deki klasik 10 bozukluklu kategorik yaklaşımı sürdürmeye karar verilmiştir. Bununla birlikte bu kişiler aynı zamanda *alternatif* bir boyutsal yaklaşımı da tanımlayarak kişilik bozukluğu sınıflandırmalarının gelecekteki muhtemel yönünü kabul etmişlerdir. Bu bölümdeki tartışmaların çoğu, DSM-5'te kullanılan 10 bozukluklu kategorik yaklaşım etrafında düzenlenmiştir. Bölümün ilerleyen

**kişilik bozukluğu** Kişinin benlik duygusunu, duygusal deneyimlerini, hedeflerini, empati kapasitesini ve / veya yakınlık kurma kapasitesini tekrar tekrar bozan kalıcı, katı bir içsel deneyim ve dışa dönük davranış kalıbı.

**paranoid kişilik bozukluğu** Başkalarına karşı güvensizlik ve şüphe ile kendini gösteren bir kişilik bozukluğu.

kısımlarında, DSM-5'te sunulanlar da dâhil olmak üzere geleceğin olası alternatif boyutsal yaklaşımlarını inceleyeceğiz.

Neden kişilik bozukluklarına amatör psikolojide bu kadar çok çaba harcandığını düşünüyorsunuz?

Çeşitli kişilik bozukluklarını okurken bu tür bozuklukların teşhislerinin çok sık ve kolay verilebileceği konusunda dikkatli olmalısınız. Bu bozuklukların açıklamalarında kendimizi veya tanıdığımız insanları görüyor gibi olabiliriz ve kolaylıkla bir kişilik bozukluğumuz olduğu sonucuna varabiliriz. Ancak bunların büyük çoğunluğunda bu tür yorumlar yanlıştır. Hepimiz çeşitli kişilik özellikleri sergiliyoruz. Fakat bu kişilik özellikleri yalnızca ara sıra rahatsızlık olarak kabul edilebilecek kadar uyumsuz ve üzücüdür ve esnek değildir.




**Erken dönem kişilik görüşleri** On dokuzuncu yüzyılın popüler frenoloji teorisinde Franz Joseph Gall (1758-1828) beynin, her biri kişiliğin bazı yönlerinden sorumlu olan farklı bölümlerden oluştuğunu öne sürmüştür. Frenologlar, bir kişinin kafasında çarpma ve girinti hissederek kişiliği değerlendirmeye çalışmıştır.

## ...ÖZETLE...

**KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE DSM-5** Kişilik bozukluğu olan kişiler kalıcı, katı bir içsel deneyim bütünü ve dışa dönük davranış örüntüsü sergiler. Kişilik özellikleri, yaşadıkları kültürdeki diğer insanların çoğundan çok daha belirgindir ve işlev sorunu yaratır. Bu da onlar veya etrafındakiler için önemli ölçüde sıkıntıya sebep olur. Yetişkinlerin yüzde 15'inin hayatlarının bir noktasında böyle bir rahatsızlığı geliştirebildiği tahmin edilmektedir. DSM-5, 10 farklı kişilik bozukluğunu listeleyen kategorik bir yaklaşım kullanır. Ek olarak DSM-5'i hazırlayanlar, kişilik bozukluklarının sınıflandırılmasına boyutsal bir yaklaşım da önermişlerdir.

# "Eksantrik" Kişilik Bozuklukları

"Eksantrik" kişilik bozuklukları kümesi *paranoid, şizoid ve şizotipal* kişilik bozukluklarından oluşur. Bu bozukluklara sahip kişiler tipik olarak şizofrenide görülenlere benzer ancak o kadar yoğun olmayan, aşırı şüphecilik, sosyal geri çekilme ve alışılmadık düşünme ve algılama biçimlerini içeren garip veya eksantrik davranışlara sahiptir. Bu tür davranışlar genellikle kişiyi yalnızlaştırır. Bazı klinisyenler bu kişilik bozukluklarının şizofreni ile ilişkili olduğuna inanmaktadır. Aslında şizotipal kişilik bozukluğu, DSM-5'te şizofrenik spektrum bozukluklarından biri ve kişilik bozukluklarından biri olarak iki kez listelenmiştir. Doğrudan ilişkili olsun ya da olmasın, bu kümedeki kişilik bozukluğuna sahip kişiler genellikle ek olarak şizofreni tanısı alabilir veya şizofrenik bozukluğu olan yakın akrabaları olabilir (Lenzenweger, 2018).

Klinisyenler, bu kümedeki kişilik bozukluklarının belirtileri hakkında çok şey rapor etmiştir ancak nedenlerini veya nasıl tedavi edeceklerini belirlemede o kadar da başarılı değildir. Aslında az sonra göreceğiniz gibi bu rahatsızlıkları olan insanlar nadiren tedavi ararlar.

## Paranoid Kişilik Bozukluğu

Daha önce okuduğunuz gibi **paranoid kişilik bozukluğu** olan insanlar, diğer insanlara güvenmezler ve diğerlerinin hareketlerinden şüphelenirler (APA, 2013). Herkesin kendisine zarar vermek istediğine inandıkları için de yakın ilişki kurmaktan kaçınırlar. Kendi fikirlerine ve yeteneklerine aşırı güven duyabilirler, aynı aşağıdaki Eduardo örneğinde de görebileceğiniz gibi:

*Bir genetik mühendisliği şirketinde araştırmacı olarak çalışan Eduardo için bu, bardağı taşıran son damla olmuştu. Büyük bir çalışmada araştırma prosedüründen saptığı için amiri tarafından ciddi şekilde eleştirilmişti. Bunun neden kaynaklandığını da biliyordu. Kıskanç ve dolandırıcı iş arkadaşları ona "ihanet etmiş, onu ispiyonlamıştı". Ama Eduardo bu sefer sessizce oturmayacaktı. Süpervizörü ve laboratuvardaki diğer üç araştırmacı ile ayrıca toplu olarak görüşmek istedi.*

*Toplantının başında Eduardo, kendisini ispiyonlayan kişinin adı söylenene kadar odadan çıkmayacağı konusunda ısrar etti. Aslında, çalışmanın tasarımının önemli noktalarını değiştirdiğini kabul etti ve bu değişikliklerin muazzam tıbbi kazanımlara kapı açacağını savundu.*

*(devamı sonraki sayfada)*

## #BüyükÇakışma

DSM-5'teki 10 kişilik bozukluğunun hemen hemen hepsinde şüphecilik, sadece kendisiyle ilgilenme, anksiyete ve depresyon öne çıkan özelliklerdir.

*Eduardo konuşmanın içeriğini laboratuvardaki meslektaşlarına kaydırdı. Diğer bilim insanlarının kendisinin vizyoner fikirlerinden korktuğunu belirtti ve onları verimsiz, az stresli bir ortamda çalışmaya devam edebilmek için onu yoldan çıkarmaya çalışmakla suçladı. Ondan kurtulma isteklerinin her zaman farkında olduğunu, her gün ona karşı soğuk davrandıklarını ve onları düzeltmeye ya da yapıcı eleştiri sunmaya çalıştığı zaman bile açıkça kötü davrandıklarını söyledi. Her zaman ona gülmeleri, arkasından onun hakkında konuşmaları ve pek çok kez aldığı notları kopyalamaya veya yok etmeye çalışmalarının da dikkatinden kaçmadığını ekledi.*

*Diğer çalışanlar, Eduardo'nun bu şüpheleri ifade etmesiyle şaşkına döndü. Her zaman düşmanca davrananın kendileri değil, Eduardo olduğunu söylediler. Eduardo iki ay önce hepsiyle konuşmayı bırakmıştı ve düzenli olarak onlara düşman gibi davranmaya başlamıştı -onlara kötü bakışlar atarak ve kapıları çarparak.*

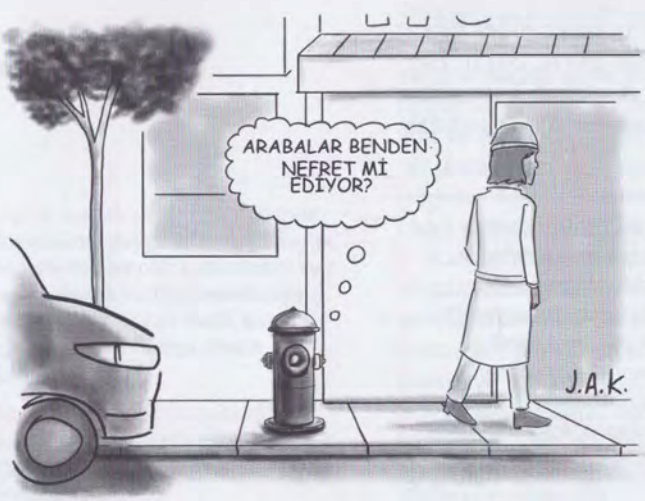
*Sonra, Eduardo'nun amiri Lisa konuşmaya dahil oldu. Lisa, Eduardo'nun suçlamalarının hiçbirinin doğru olmadığını söyledi. Birincisi, iş arkadaşlarından hiçbiri onun hakkında bir şey söylememişti. Rutin olarak laboratuvar kameralarından alınan videoları kendisi de incelemiş ve Eduardo'nun aç bırakılması gereken fareleri beslediğini fark etmişti. İkincisi, Eduardo'nun haklı olmadığı bir kez daha ortaya çıkmıştı, çünkü laboratuvar içindekiler gibi dışındaki insanlardan da Eduardo'nun soğuk ve tuhaf davranışları için birçok şikayet almıştı.*

*Daha sonra Lisa, kendi ofisinde Eduardo'ya gitmesine izin vermekten başka seçeneği olmadığını söyledi. Eduardo öfkeliydi ama çok da şaşırmamıştı. Son iki işi de kötü bir şekilde sonuçlanmıştı.*

Her yerde tetikte, tedbirli olan ve tehdit gören Eduardo gibi insanlar sürekli olarak bazı düzenbazlıkların hedefi olmayı beklerler (bk. **Şekil 13-1**). Her şeyden genellikle küçümseyici veya tehdit edici "gizli" anlamlar çıkarırlar. Hatta insanların rol yapmalarını isteyen eski bir bilimsel çalışmada paranoyası yüksek olan katılımcıların kontrol katılımcılarına göre başkalarının eylemlerine düşmanca anlamlar yükleme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Turkat ve diğerleri, 1990). Ek olarak, bu insanlar tepki olarak daha çok öfke göstermeyi seçmişlerdir.

Tanıdıkların sadakatini veya güvenilirliğini hiçe saymada çok seri olan paranoid kişilik bozukluğu olan insanlar genelde soğuk ve mesafelidir. Bir kadın, örneğin incinme korkusuyla diğerlerine güvenmekten kaçınabilir ya da bir koca, herhangi bir gerekçe olmaksızın karısının sadakatini sorgulamakta ısrar edebilir. Hatalı ve uygunsuz olmasına rağmen şüpheleri genellikle *sanrısal* değildir. Fikirler, bireyleri gerçeklikten açıkça uzaklaştıracak kadar tuhaf ya da çok katı değildir (Lee, 2017).

Bu bozukluğa sahip kişiler, özellikle iş yerinde başkalarının zayıflıkları ve kusurları konusunda daha eleştireldir (McGurk ve diğerleri, 2013). Buna rağmen kendi hatalarını görmezler ve eleştiriye karşı son derece hassastır. Genellikle hayatlarında ters giden şeyler için başkalarını suçlarlar ve sürekli kin beslerler. Yetişkinlerin %4,4'ü, görünüşe göre erkeklerde kadınlardan daha yaygın olan bu bozukluğu yaşamaktadır (Quirk ve diğerleri, 2017, 2016; APA, 2013).

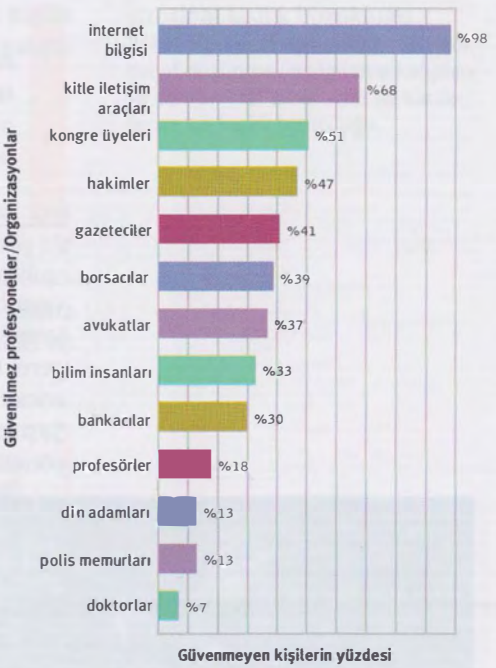



Jason Adam Katzenstein/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

**Kuramcılar Paranoid Kişiliği Nasıl Açıklar?** Paranoid kişilik bozukluğunu açıklamak için öne sürülen kuramlar, diğer kişilik bozukluklarının çoğunda olduğu gibi çok az sistematik araştırmayı temel alır. Bu açıklamaların en eskisi olan psikodinamik kuram, bu davranış örüntüsünü talepkar ebeveynlerle, özellikle de mesafeli, katı babalarla ve aşırı kontrolcü, reddeden annelerle erken dönemki etkileşimlere kadar dayandırmaktadır (Paris, 2018; Williams, 2010). (Hemen hemen tüm kişilik bozuklukları için psikodinamik açıklamaların aynı şekilde başladığını göreceksiniz -çocuklukta tekrarlanan kötü muamele ve sevgisizlik.) Bir psikodinamik görüşe göre bazı insanlar, ebeveynlerinin ısrarcı mantıksız taleplerinin sonucu olarak çevrelerini düşmanca görmeye başlar. Bu kişiler diğerlerine güvenemedikleri için her zaman tetikte olmalıdır ve aşırı öfke duygusu geliştirmeleri daha olasıdır. Ayrıca bu duyguları başkalarına da

yansıtırlar ve sonuç olarak artan biçimde eziyet görmüş gibi hissederler (Geoffreys, 2015; Koenigsberg ve diğerleri, 2001). Benzer şekilde bazı bilişsel davranışçı kuramcılar, paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerin genellikle "İnsanlar kötüdür." ve "Fırsat verilirse insanlar size saldırır." gibi kapsamlı uyumsuz varsayımlara sahip olduklarını öne sürmektedir (Beck, Davis ve Freeman, 2015).

Biyoloji kuramcıları, paranoid kişilik bozukluğunun genetik nedenleri olduğunu öne sürerler (Haghighatfard ve diğerleri, 2018). 3.810 Avustralyalı ikiz çiftin şüphecilik ile ilgili öz bildirim türü değerlendirmelerinin incelendiği kapsamlı bir çalışmada, ikizlerden birinin aşırı derecede şüpheci olması durumunda diğerinin de şüpheci olma olasılığının arttığı görülmüştür (Kendler ve diğerleri, 1987). Ancak bir kez daha, ikizler arasındaki bu tür benzerliklerin ortak çevresel deneyimlerin sonucu olabileceğini de belirtmek gerekir.




ŞEKİL 13-1

### Siz Kime Güvenmiyorsunuz?

Güvensizlik ve şüphe paranoid kişilik bozukluğunun ayırt edici özellikleri olsa da bu bozukluğu olmayan insanlar bile çoğu zaman güven sorunu yaşarlar. Çeşitli anketlerde katılımcıların çoğunluğu internet bilgilerine, kitle iletişim araçlarına (gazete, TV ve radyo) ve Kongre üyelerine güvenmediklerini söylemiştir (Bilgi: Gallup Poll, 2018, 2016, 2015; Bernstein, 2017; Pew Research, 2017, 2016; Swift, 2016; Ho, 2012).

**Paranoid Kişilik Bozukluğu Tedavisi** Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler genellikle kendilerini yardıma muhtaç olarak görmezler ve çok azı gerçek manada tedavi almak üzere başvuruda bulunur (Skodol, 2017; Kellett ve Hardy, 2014). Dahası tedavi alan pek çok kişi de danışan rolünü değersiz ve güvenilmez bulur, terapistlerine karşı sıklıkla isyan eder. Bu nedenle bu bozukluğa yönelik tedavinin sınırlı etkiye sahip olması ve yavaş ilerlemesi şaşırtıcı değildir.

İlişkilere odaklanan psikodinamik terapistler olan nesne ilişkileri terapistleri, danışanın öfkesinin geçmişini görmeye ve tatmin edici bir ilişki için arzu ettikleri şey üzerinde çalışır (Caligor ve diğerleri, 2018; Kernberg, 2018). Bilişsel-davranışçı terapi de paranoid kişilik bozukluğu olan insanları tedavi etmek için uygulanabilmektedir. Davranışsal açıdan terapistler, danışanların kaygı azaltma tekniklerinde ustalaşmalarına ve kişiler arası problemleri çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bilişsel açıdan terapistler, danışanlara diğer insanların sözlerine ve eylemlerine ilişkin daha gerçekçi yorumlar geliştirmeleri ve diğer insanların bakış açılarının daha fazla farkına varmaları için rehberlik eder (Davidson, 2018). Antipsikotik ilaç tedavisinin ise sınırlı etkisi olduğu bilinmektedir (Markovitz, 2018; Skodol, 2017).

## Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu olan insanlar ısrarla sosyal ilişki kurmak ve sürdürmekten kaçınır, uzaklaşır ve de duygularını çok az gösterirler (APA, 2013). Paranoid kişilik bozukluğu olan insanlar gibi diğer insanlarla yakın alakaları yoktur. Bununla birlikte sosyal temastan kaçınma nedeninin paranoid güvensizlik veya şüphe duygularıyla hiçbir ilgisi yoktur. Bu kişiler, gerçekten yalnız kalmayı tercih eder. Örneğin Eli'yi ele alalım:

*Teknik bir yüksekokulda öğrenci olan Eli, geçtiğimiz birkaç yıl içinde internetten birkaç farklı sertifika programına katılmıştı, annesinin neden gerçek bir üniversitede geleneksel bir programa başvurmadığı konusunda yine söylenmeye başladığında ve terapiye gitmesi konusunda ona ısrar ettiğinde Eli başka bir programa daha başvurmak üzereydi. Doğası gereği genelde yalnız biri olan Eli, geleneksel anlamda sosyalleşmeyi çok da tercih etmiyordu: Ya yakın çevresindeki insanlar hakkında çok az şey bilmek istiyor ya da hiçbir şey bilmeye gereksinim duymuyordu. Aslında Eli şöyle düşünüyordu: "En azından benim okulumda sadece derslere gidiyorsun ve sonra da direkt eve dönebiliyorsun."*

*Rutin olarak gününün çoğunda uyurdu ve ardından akşamlarını, gecelerini ve hafta sonlarını ders için sınıfta değilken okulun bilgisayar laboratuvarında internet üzerinden başkalarıyla "sohbet ederek" geçirirdi. Özellikle sohbet ettiği kişiler Eli ile sık sık şahsen tanışmak isterler ancak o bu davetleri her zaman reddederdi ve onlar hakkında da bilgisayar üzerinden o sohbet odalarında paylaştıklarından daha fazlasını öğrenmek istemediğini belirtirdi. Sosyal çevresindekine benzer bir aile hayatı vardı: onunla ciddi anlamda ilgileniyor gibi görünmelerine rağmen sadece iki sempatik genç olarak gördüğü erkek ve kız kardeşlerinden çoğunlukla habersizdi ve son zamanlarda birkaç yıl önce aileden ayrılan babasından tamamen uzaklaşmıştı...*

*(devamı sonraki sayfada)*

**şizoid kişilik bozukluğu** Sosyal ilişkilerden sürekli kaçınma ve çok az duygu ifadesi içeren bir kişilik bozukluğu.

> *Eli'de davranışsal eksantriklikler yanında sosyal yaşama ilgisinde de belirgin bir eksiklik barizdi, en iyi ihtimalle sosyal ve aile ilişkilerinde... Sınırlı bir role sahipti. Dışarıya çıkmak yerine kendisini diğerlerinden ve kendini geliştirme ve memnun etme olasılığı olan pek çok kaynaktan giderek daha fazla uzaklaştırmıştı. Uzun süren yalnızlık dönemlerinin arasına serpiştirilmiş hayatı sıradan bir yaşamı vardı.*
>
> *(Millon, 2011)*

Eli gibi, genellikle "yalnız kişiler" olarak tanımlanan insanlar, arkadaşlık kurmak veya bu ilişkileri sürdürmek için hiçbir çaba sarf etmez, cinsel ilişkilere pek ilgi göstermez hatta ailelerine bile kayıtsız görünürler. Başkalarıyla çok az veya hiç iletişim gerektirmeyen işler ararlar. Gerektiğinde bir dereceye kadar iş ilişkileri kurabilirler ancak genellikle kendi kendilerine kalmayı tercih ederler. Birçoğu da tek başına yaşar. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde sosyal becerileri zayıftır. Evlenirlerse yakınlık kurmaya yönelik bu ilgisizlikleri, evliliklerinde veya ailelerine sorunlara yol açabilir.



Warner Bros/DC Comics/Kobal/REX/Shutterstock

**Karanlık bir şövalye** Son yıllarda Batman filmleri, suç savaşçısını, orijinal çizgi romandaki sunumuna sadık bir şekilde ilişki kurma veya sürdürme yeteneğinden yoksun, tek başına yalnız bir kişi olarak sundu. Örneğin 2016 yapımı Batman ve Superman: Dawn of Justice filminde, Batman'in Superman'e olan nefreti ve güvensizliği de dâhil olmak üzere asosyal kişiliği açıkça görülüyor. Bazı klinik gözlemciler, bu son filmlerde Batman'in şizoid kişilik bozukluğunun bazı semptomlarını sergilediğini iddia etti.

Şizoid kişilik bozukluğu olan kişiler, esas olarak kendilerine odaklanır ve genellikle övgü veya eleştiriden etkilenmezler. Ne sevinç ne de öfke ifade etmeksizin nadiren herhangi bir duygu gösterirler. İlgiye veya kabul edilmeye ihtiyaçları yok gibi görünür, tipik olarak soğuk, espri anlayışı olmayan veya sıkıcı kişiler olarak görülebilir, genellikle de görmezden gelinmeyi başarırlar. Bu bozukluk yetişkin nüfusun %3,1'inde mevcuttur (Morgan ve Zimmerman, 2018; APA, 2013). Erkeklerin bu bozukluğa sahip olma olasılığı kadınlardan biraz daha fazladır.

**Kuramcılar Şizoid Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Pek çok psikodinamik kuramcı, özellikle de nesne ilişkileri kuramcıları, şizoid kişilik bozukluğunun kökeninin insanlarla temas kurmaya ilişkin karşılanmamış bir ihtiyaçtan kaynaklandığını öne sürmektedir (Kernberg, 2018). Bu bozukluğa sahip kişilerin ebeveynlerinin paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerinkiler gibi çocuklarını kabul etmediğine hatta istismar ettiğine inanılmaktadır. Paranoid belirtileri olan insanlar, bu tür ebeveynliğe temelde güvensizlikle tepki verirken şizoid kişilik bozukluğu olanlar sevgiyi verememek ve alamamak şeklinde tepki verirler. Bu durumla tüm ilişkilerden kaçınarak baş ederler.

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, şaşırtıcı olmayan bir şekilde şizoid kişilik bozukluğu olan kişilerin düşüncelerindeki hatalardan muzdarip olduklarını öne sürer. Düşünceleri belirsiz, boş ve fazla anlamsız olma eğilimindedir ve doğru algılara ulaşmak için çevreyi taramakta güçlük çekerler (Chadwick, 2014). Başkalarından duygusal ipuçları alamazlar, basitçe duygulara cevap veremezler. Bu kuramın tahmin edebileceği gibi şizoid kişilik bozukluğu olan çocuklar zekâ düzeyleri ne olursa olsun dil ve motor becerilerini çok yavaş geliştirirler (APA, 2013).

**Şizoid Kişilik Bozukluğunun Tedavisi** Sosyal geri çekilme, şizoid kişilik bozukluğu olan çoğu kişinin, alkolizm gibi başka bir bozukluk tedaviyi gerekli kılmadığı sürece tedavi almasını engeller (Skodol ve Bender, 2018, 2016). Bu danışanların terapistten duygusal olarak uzak durmaları, tedavilerini önemsemiyor gibi görünmeleri ve en iyi ihtimalle sınırlı ilerleme kaydetmeleri muhtemeldir (Sperry, 2016; Colli ve diğerleri, 2014).

Bilişsel-davranışçı terapistler bazen bu bozukluğa sahip kişilerin daha olumlu duygular ve daha tatmin edici sosyal etkileşimler yaşamalarına yardımcı olabilirler (Davidson, 2018; Beck ve diğerleri, 2015). Bilişsel uçta teknikler, danışanlara düşünmeleri için duygu listeleri sunmayı veya zevkli deneyimleri yazmalarını ve hatırlamalarını sağlamayı içerir. Davranışsal uçta terapistler bazen bu tür danışanlara sosyal becerileri öğretmede rol canlandırma, maruz bırakma tekniklerini ve ev ödevlerini araç olarak kullanarak başarılı olmuşlardır. Grup terapisi, sosyal temas için güvenli bir ortam sunduğunda görünüşe göre yararlıdır ancak şizoid kişilik bozukluğu olan

insanlar, katılım gösterme baskısına direnebilirler (Bressert, 2016). Paranoid kişilik bozukluğunda olduğu gibi ilaç tedavisi de sınırlı bir yardım sunuyor gibi görünmektedir (Markovitz, 2018; Skodol, 2017).

**şizotipal kişilik bozukluğu**
Yakın ilişkilerde aşırı rahatsızlık, çok tuhaf düşünme ve algılama kalıpları ve davranışsal tuhaflıklar ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

## Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişiler; yakın ilişkilerden aşırı rahatsız olma, çok tuhaf düşünme ve algılama kalıpları ve davranışsal eksantrikliklerle tanımlanmış bir dizi kişiler arası problem sergiler (APA, 2013). Başkalarının yanında endişeli olurlar, izolasyon isterler ve çok az yakın arkadaşları vardır. Bazıları son derece yalnız hisseder. 41 yaşındaki Kevin vakasında gördüğümüz gibi bu bozukluk paranoid ve şizoid kişilik bozukluklarından daha şiddetlidir:

*Kevin 20 yıldan uzun bir süredir, liseden mezun olduğundan beri bir depoda güvenlik görevlisi olarak çalışmaktaydı. Her ikisi de işlerinde başarılı insanlar olan ebeveynleri yıllardır onunla ilgili endişeliydi çünkü Kevin kendisinden ve çevresinden tamamen kopmuş görünüyordu ve süpervizör olmak gibi işte bir üst pozisyona geçmek de dâhil olmak üzere yaşamında herhangi bir değişiklik yapmak için bir adım dahi atmamıştı. Bu nedenle terapiye gitmesinde ısrar ettiler ve Kevin de bunu çok istekli olmasa da kabul etti. Sessiz bir ortamda, herkesten uzakta tek başına olabildiği bir yer olduğu için işini sevdiğini söyledi. Çalıştığı yeri "Boş bir depo; artık orayı kullanmıyorlar ama orada kimseyi görmek de istemiyorlar. Gayet güzel işte, aynı ev gibi!" diyerek tanımladı.*

*Görüşme boyunca ... Kevin mesafeli duruyor, danışmanla bir kez bile göz teması kurmuyor, genellikle soruları tek kelimelik cevaplarla veya kısa ifadelerle yanıtlıyor ve genellikle ikinci bir soru sorulana kadar yanıt vermek için bekliyordu. Kısaca... kısa tepkilerle bugünlerde sadece uzun tatillerde erkek kardeşiyle zaman zaman bir araya geldiği vakitler hariç, başka kimse ile ilişkisinin olmadığı bir hayat tanımladı. Genelde yalnızdı, sadece önemli bir ilişki tanımlayabiliyordu ve bu, lisedeki bir kızla idi. Çok basit bir şekilde "Mezun olduk ve sonra artık onu görmedim." dedi. Bununla birlikte görünürde bir yalnızlık hissi ifade etmedi ve hayatının her yönüyle ilgili tamamen duygusuz görünüyordu...*

*Kevin... genelli'kle zihni ve bedeni arasında bir ayrılık yaşıyor gibiydi. Tuhaf bir var olmama ya da yokluk hissi vardı, sanki dalgalanan bilinçli farkındalığı onunla birlikte kişiliksizleşmiş ya da kimliksiz bir insan formu içindeymiş gibiydi. Davranışsal olarak sıkıcı, tepkisiz ve ifadesizdi. Mülayim, kayıtsız, motivasyonsuz ve dış dünyaya karşı duyarsız gibi görünüyordu... Çoğu insan onu tuhaf... arka planda, dalgın... ve dünyayı unutmuş biri olarak görüyordu... Tuhaf "telepatik" güçler, onun efsanevi veya uzaktaki diğer insanlarla iletişim kurmasını sağlıyor gibiydi... Kevin ayrıca bir anda çok fazla uyarıcıyla karşılaştığında ara sıra dağılırdı... Sadece sessizleşir, kaybolur, ifadesizleşir, farkındalığını yitirir ve dış dünyanın etkisinden uzaklaşırdı.*

*(Millon, 2011)*

Kevin'de olduğu gibi şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilerin düşünceleri ve davranışları belirgin şekilde rahatsız edici olabilir. Bu belirtiler *referans fikirlerini* -ilgisiz olayların önemli bir şekilde kendileriyle ilgili olduğuna dair inançları- ve bir dış "gücü" veya varlığı hissetmek gibi *bedensel yanılsamaları* içerebilir. Bu rahatsızlığa sahip bazı insanlar, kendilerini özel olağanüstü algılamalarla ilgili yeteneklere sahip olarak görür ve bazıları başkaları üzerinde sihirli bir kontrole sahip olduklarına inanır. Şizotipal eksantrikliklerin örnekleri arasında belirli amaçlarla kutuları etiketlerini hizalamak için defalarca düzenlemek, dolapları kapsamlı bir şekilde düzenlemek veya tuhaf bir kıyafet yelpazesine sahip olmak sayılabilir. Bu kişilerin duyguları uygunsuz, düz veya espriden yoksun olabilir.

Şizotipal kişilik bozukluğu olan insanlar, dikkatlerini odaklamakta genellikle büyük zorluk yaşarlar. Buna bağlı olarak konuşmaları genellikle sohbetle alakasız ve belirsizdir hatta dağınık çağrışımlarla doludur (Lenzenweger, 2018; Rabella ve diğerleri, 2016). Kevin gibi amaçsızca sürüklenme ve boşta, verimsiz bir yaşam sürme eğilimindelerdir. Kapasitelerinin altında çalışabilecekleri ve diğer insanlarla etkileşime girmelerini gerektirmeyen iddiasız işleri seçmeleri muhtemeldir.

#

### #YaygınİnanÇ

Doğaüstü yeteneklere sahip olduklarını düşünen herkesin şizotipal kişilik bozukluğundan muzdarip olmaları şart değildir. Aslında anketlere göre yetişkinlerin yüzde 73'ünden fazlası paranormal ya da doğaüstü -ESP, astroloji, hayaletler, ölülerle iletişim kurma yeteneğine sahip olduğu- ya da psişik güçlerin var olduğuna inanıyor (Gray ve Gallo, 2016; Austin, 2015; Gallup Poll, 2005).

Araştırmalar yetişkinlerin yüzde 3,9'unun (erkeklerde kadınlardan biraz daha fazla) şizotipal kişilik bozukluğu sergilediğini göstermektedir (Rosell, 2017; APA, 2013).

**Kuramcılar Şizotipal Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Şizotipal kişilik bozukluğunun belirtileri şizofreninin belirtilerine çok benzediğinden araştırmacılar benzer faktörlerin her iki bozuklukta da rol oynayabileceğini varsaymaktadır. Bir dizi çalışma da bu tür varsayımları destekler niteliktedir (Lenzenweger, 2018; Rosell, 2017). Araştırmacılar, şizofrenik örüntüler gibi şizotipal belirtilerin genellikle aile içi çatışmalar ve ebeveynlerdeki psikolojik bozukluklarla bağlantılı olduğunu bulmuşlardır. Şizofrenide olduğu gibi dikkat ve kısa süreli hafızadaki sorunların şizotipal kişilik bozukluğuna katkıda bulunabileceğini ileri sürmüşlerdir. Örneğin araştırmalarda bu iki durumdan birine sahip katılımcıların, önceki ekranda başka bir uyaran yanıp söndükten hemen sonra yeni ekrandaki farklı uyaranlar arasından daha evvelkileri tanımlamasını gerektiren bir laboratuvar dikkat testi olan geriye dönük maskelemede zayıf performans gösterdiği görülmüştür. Bu bozukluklara sahip kişiler, en sondakine odaklanmak için arada gelen uyaranı göz ardı etmekte zorlanırlar. Son olarak araştırmacılar şizotipal kişilik bozukluğunu, bir nörotransmiter olan dopaminin yüksek aktivitesi, genişlemiş beyin ventrikülleri, daha küçük temporal loblar ve gri madde kaybı gibi şizofrenide bulunan bazı biyolojik faktörlerle ilişkilendirmişlerdir (Chan ve diğerleri, 2018; Lenzenweger, 2018). Bölüm 12'de okuduğunuz gibi bu biyolojik faktörlerin genetik bir temeli olabileceğine dair göstergeler vardır.



Sipa Press

**Kişilik bozuklukları patlak verdiğinde** Bu 2007 videosunda, Virginia Tech'de bir öğrenci olan Seung-Hui Cho, hayatı boyunca yaşadığı olumsuzlukları anlattı. Videoyu NBC News'e gönderdikten sonra devasa bir kampüs cinayetinde kendisi dâhil 32 kişiyi öldürdü ve 25 kişiyi yaraladı. Çoğu klinisyen; tuhaf düşünme, aşırı sosyal geri çekilme, ısrarcı güvensizlik, sınırsız öfke ve nefret, korkutucu davranış, kibir ve başkalarına aldırış etmeme dâhil olmak üzere şizotipal, paranoid, şizoid, antisosyal, borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarından gelen özelliklerin bir kombinasyonunu sergilediği konusunda hemfikir.

Bu bulgular şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreni arasında yakın bir ilişki olduğunu düşündürse de bu kişilik bozukluğu aynı zamanda duygudurum bozukluklarıyla da ilişkilendirilmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık üçte ikisi, hayatlarının bir noktasında majör depresif bozukluk veya bipolar bozukluktan muzdariptir (Rosell, 2017). Dolayısıyla, en azından bu kişilik bozukluğu yalnızca şizofreniyle ilişkili değil gibi görünmektedir.

**Şizotipal Kişilik Bozukluğunun Tedavisi** Terapi şizotipal kişilik bozukluğu vakalarında, paranoid ve şizoid kişilik bozukluklarında olduğu kadar zordur. Çoğu terapist, bu danışanların dünyayla "yeniden bağlantı kurmalarına" ve düşüncelerinin sınırlarını ve güçlerini fark etmelerine yardımcı olma ihtiyacı konusunda hemfikirdir. Bu nedenle terapistler, örneğin dakik olmayı gerektiren net sınırlar koymaya çalışabilir ve danışanların kendi görüşlerinin nerede bittiğini ve terapistin görüşlerinin nerede başladığını fark etmelerine yardımcı olmaya çalışabilirler. Diğer terapi hedefleri arasında olumlu sosyal ilişkileri artırmak, yalnızlığı azaltmak, aşırı uyarılmayı azaltmak ve bireylerin kendi duygularının daha fazla farkına varmalarına yardımcı olmak sayılabilir (Sperry, 2016; Colli ve diğ., 2014).

Bilişsel-davranışçı terapistler, ayrıca danışanlara alışılmadık düşüncelerini veya algılarını objektif olarak değerlendirmeyi ve uygunsuz olanları görmezden gelmeyi öğretmeye çalışır (Davidson, 2018; Beck ve diğerleri, 2015). Terapistler, örneğin danışanlarının tuhaf veya doğaüstü tahminlerini sıkça duyabilir ve daha sonra onların yanlışlığı üzerinde durabilir. Danışanlar konuşurken konu dışına çıkmaya başladığında terapistler onlardan söylemeye çalıştıkları şeyi yeniden özetlemelerini isteyebilir. Bunlara ek olarak konuşma kursları, sosyal beceri eğitimi ve uygun kıyafet ve tavırlarla ilgili ipuçları gibi belirli davranış yöntemleri bazen danışanların diğer insanlarla daha iyi uyum sağlamayı ve diğer insanlarla daha rahat olmayı öğrenmesine yardımcı olur (Skodol, 2017; Bressert, 2016).

Antipsikotik ilaçlar, yine bozukluğun şizofreniye benzerliğinden dolayı şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilere de verilmiştir. Düşük dozda ilaçlar, genellikle bazı düşünce sorunlarını azaltarak insanlara yardımcı oluyor gibi görünmektedir (Jakobsen ve diğerleri, 2017; Skodol, 2017).

## ...ÖZETLE...

**"EKSANTRİK" KİŞİLİK BOZUKLUKLARI** DSM-5'teki kişilik bozukluklarından üçü, şizofrenide sıklıkla görülen garip veya eksantrik davranış türleriyle tanımlanır. Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler, kapsamlı bir güvensizlik ve şüphe davranışı sergiler. Şizoid kişilik bozukluğu olanlar, ısrarla sosyal ilişkilerden kaçınırlar, sosyal ilgileri çok azdır veya hiç yoktur ve çok az duygusal ifade gösterirler. Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişiler; yakın ilişkilerde aşırı rahatsızlık, aşırı tuhaf düşünme ve davranış biçimleri ve davranışsal eksantrikliklerle kendini gösteren bir dizi kişilerarası problemler sergiler. Bu rahatsızlıkları olan kişiler için tedavi kazançları en iyi ihtimalle orta derecede etkili olma eğilimindedir.

# "Dramatik" Kişilik Bozuklukları

"Dramatik" kişilik bozuklukları kümesi *antisosyal, sınırda, histriyonik* ve *narsisistik* kişilik bozukluklarını içerir. Bu sorunları olan insanların davranışları o kadar dramatik, duygusal veya değişkendir ki gerçekten verici ve tatmin edici ilişkiler kurmaları neredeyse imkânsızdır.

Bu kişilik bozuklukları diğerlerine göre daha sık teşhis edilir. Bununla birlikte sadece antisosyal ve sınırda kişilik bozuklukları ile kısmen diğer insanlar için çok fazla sorun yarattıkları için çok daha fazla bilimsel çalışma yapılmıştır. Tuhaf kişilik bozuklukları gibi dramatik kişilik bozukluklarının nedenleri de tam olarak anlaşılmamıştır. Tedavileri etkisiz ile orta derecede etkili arasında değişir.

## Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Bazen "psikopatlar" veya "sosyopatlar" olarak da tanımlanan **antisosyal kişilik bozukluğu** olan kişiler, ısrarla başkalarının haklarını görmezden gelir ve ihlal eder (APA, 2013). Madde kullanım bozukluklarının yanı sıra bu bozukluk, yetişkin suç davranışıyla en yakından bağlantılı bozukluktur. DSM-5 bir kişinin bu teşhisi alabilmesi için en az 18 yaşında olması gerektiğini şart koşar ancak antisosyal kişilik bozukluğu olan çoğu insan, 15 yaşından önce okuldan veya evden kaçma, hayvanlara veya insanlara zulmetme ve mala mülke zarar verme gibi bazı sorunlu davranış örüntüleri sergiler.

Bu alandaki önde gelen bir klinisyen ve araştırmacı olan Robert Hare, Ray adlı bir hapishane mahkûmuyla geçmişteki profesyonel bir karşılaşmasını hatırlıyor:

*1960'ların başında, kendimi British Columbia Cezaevinde çalışan tek psikolog olarak buldum... İlk "danışanım" beni ziyarete geldiğinde ofisime geleli bir saatten fazla olmamıştı. Otuzlu yaşlarında, uzun boylu, ince, siyah saçlı bir adamdı. Çok seri hareketleri vardı ve benimle kurduğu göz teması o kadar doğrudan ve yoğundu ki o an daha önce kimsenin gerçekten gözüne bakıp bakmadığımı merak ettim. Bu bakış acımasızdı -çoğu insanın bakışlarının etkisini azaltmak için kullandığı kısa göz kaçırmaları hemen hemen hiç yoktu.*

*Herhangi bir şey beklemeden mahkum -ona Ray diyeceğim- konuşmaya girdi: "Hey, Doktor, nasıl gidiyor? Bak, benim bir sorunum var ve yardımına ihtiyacım var. Seninle bunun hakkında gerçekten net şekilde konuşmak istiyorum."*

*İçten bir psikoterapist olarak çalışmaya başlamak için istekli bir şekilde ondan bana sorunundan bahsetmesini istedim. Buna karşılık olarak bir bıçak çıkarıp gözümün önünde salladı, bu arada gülümseyerek o yoğun göz temasını sürdürdü.*

*Düğmeye basmayacağımı anladıktan sonra bıçağı benim üzerimde değil, "himayesine" (Bu, pasif eş cinsel partner için hapishane tabiriydi.) çıkma teklifinde bulunan başka bir mahkûm üzerinde kullanmayı planladığını söyledi... O ilk görüşmeden itibaren Ray, hapishanede geçirdiğim sekiz aylık süremi, berbat etmeyi başardı. Zaman ayırmam için süreklilik arz eden talepleri ve onun için bir şeyler yapmam için görüşmede beni manipüle etme girişimleri hiç son bulmadı.*

*(devamı sonraki sayfada)*



Don Emmert/AFP/Getty Images

**Dile düşmüş umursamazlık** Finansçı Bernard Madoff, birçok hayır kurumu da dâhil olmak üzere binlerce yatırımcıyı milyarlarca dolar dolandırdıktan sonra 2009 yılında 150 yıl hapis cezasına çarptırıldı. İnsanlara ve ilgili niteliklere karşı duyduğu büyük saygısızlık göz önüne alındığında bazı klinisyenler Madoff'un antisosyal kişilik bozukluğu sergilediğini öne sürüyor.

**antisosyal kişilik bozukluğu** Diğer insanların haklarına karşı genel bir göz ardı etme ve ihlal örüntüsü ile tanımlanmış bir kişilik bozukluğu.

#

## #GeçmişKimliği

Antisosyal kişilik bozukluğuna on dokuzuncu yüzyılda "ahlaki delilik" deniyordu (Jones, 2017).

*Bir keresinde beni iyi yemek yaptığına ikna etti... ve makine atölyesinden (görünüşe göre bıçağı yaptığı yer) transfer talebini ben de destekledim... Transferi önermemden birkaç ay sonra tam hapishane müdürünün [yemek] masasının altında döşeme tahtaların altında muazzam bir patlama oldu. Kargaşa sona erdiğinde zeminin altında alkol damıtmak için ayrıntılı bir sistem bulduk. Bir şeyler ters gitmiş ve kaplardan biri patlamıştı. Maksimum güvenlikli bir hapishanede damıtıcı olmasının olağandışı bir yanı yoktu ama birini müdürün sandalyesinin altına yerleştirme cüreti birçok insanı sarstı. Ray'in içki kaçakçılığı operasyonunun arkasındaki beyin olduğu anlaşıldığında hücre hapsinde biraz zaman geçirdi.*

*Ray "hücreden" çıktıktan sonra ofisime hiçbir şey olmamış gibi geldi ve mutfaktan otomobil tamiri bölümüne transfer olmayı istedi -gerçekten bu konuda bir becerisi olduğunu düşünüyordu, bir yandan da kendini bir şekilde dış dünyaya hazırlamak istiyordu... Sonunda beni ikna etti.*

*Kısa süre sonra psikolojide doktora yapmak için hapishaneden ayrılmaya karar verdim ve ayrılmadan yaklaşık bir ay önce Ray beni çatı müteahhidi olan babamdan şartlı tahliye başvurusunun bir parçası olarak ona bir iş teklif eder mi diye sormam için ısrar ediyordu.*

*Ray'in sadece beni değil herkesi kandırmak için inanılmaz bir yeteneği vardı. Hapishane personelinin en deneyimli ve diğerlerini küçümseyenlerini bile bazen anlık olarak etkisiz hâle getiren bir akıcılık ve açıklıkla konuşabilir ve yalan söyleyebilirdi. Onunla tanıştığımda geçmişinde uzun bir sabıka kaydı vardı (ve sonrasında ortaya çıkacağı gibi, geleceğinde de). Yetişkin hayatının yaklaşık yarısı hapishanede geçmişti ve suçlarının çoğu şiddet içeriyordu ... Her şey hakkında durmaksızın miskin miskin yalan söylerdi ve dosyasında yalanlarından biriyle çelişen bir şeye işaret ettiğimde bu onu hiç de rahatsız etmezdi. Konuyu hemen değiştirir ve farklı bir konuya yönelirdi. Sonunda babamın firmasında mükemmel bir işçi adayı olamayacağına ikna oldum, Ray'in talebini geri çevirdim -ve benim reddetmemle birlikte onun iğrençliğiyle sarsıldım.*

*Üniversitede eğitim için hapishaneden ayrılmamdan önce hapishanenin -benim sayemde (tabii ki Ray'in bunun için bana teşekkür etmeyeceği) şu anda çalıştığı yer olan- tamir bölümünde personelin arabalarını da tamir edilmesi gibi bir fırsattan ben de yararlandım. Arabam güzelce boyandı ve motor ve transmisyonu yenilendi.*

*Arabanın içinde tüm eşyalarımız ve arka koltuktaki bebeğimizle karım ve ben Ontario'ya gittik. İlk sorun, Vancouver'dan ayrıldıktan kısa bir süre sonra motor biraz zorlandığında ortaya çıktı. Daha sonra bazı hafif yokuşlarda, radyatör su kaynattı. Bir garaj teknisyeni, karbüratörün şamandıra kabındaki bilyeli rulmanları fark etti, ayrıca radyatöre giden hortumlardan birinin de açıkça kurcalanmış olduğunu söyledi. Bu sorunlar oldukça kolay tamir edildi fakat tepeden aşağı inerken ortaya çıkan bir sonraki sorun daha ciddiydi. Fren pedalı çok yumuşaklaştı ve işe yaramaz oldu -artık fren yoktu ve bir tepeden yokuş aşağı iniyorduk. Neyse ki bir servise gitmeyi başardık ve orada gördük ki fren balataları yavaş yavaş kendini gösterecek şekilde kesilmişti. Belki de Ray'in araba tamire gittiğinde orada çalışması tamamen bir tesadüftü ama hapishanede ona bu arabanın gerçek sahibine dair bilgi verildiğinden hiç şüphem yoktu.*

*(Hare, 1993)*

Ray gibi antisosyal kişilik bozukluğu olan insanlar tekrar tekrar yalan söyler (APA, 2013). Birçoğu bir işte tutarlı bir şekilde çalışamaz, sık sık işe gelmezler ve işlerini tamamen bırakmaları muhtemeldir (Black, 2017). Genellikle para konusunda da dikkatsizlerdir ve sıklıkla borçlarını ödemezler. Sonuçları düşünmeden harekete geçerek genellikle dürtüseldir (Olson ve Patrick, 2018). Buna bağlı olarak sinirli, agresif ve kavga çıkarmak için aceleci olabilirler.

Dikkatsizlik başka bir yaygın özelliktir: antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler, kendi güvenliklerine veya başkalarının güvenliğine hatta çocuklarının güvenliğine çok az önem verirler. Aynı zamanda benmerkezcilerdir ve yakın ilişkileri sürdürmekte zorlanmaları muhtemeldir. Genellikle başkaları üzerinden kişisel kar elde etme konusunda bir hüner geliştirirler. Sebep oldukları acı veya zarar nadiren onları ilgilendirdiği için klinisyenler genellikle ahlaki bir vicdanları olmadığını söylerler (bk. **Tablo 13-2**). Kurbanlarının

**Toplumumuzdaki çeşitli kurumlar - iş dünyası, hükümet, bilim, din - yalan söylemeye nasıl bakıyor? Bu tür görüşler bireylerin yalan söylemelerini nasıl etkileyebilir?**

#

## #KarakterBeslenmesi

Viktorya dönemi kadar eski dönemlerde birçok İngiliz ebeveyn, bebeklerin sütü içerken kişilik ve ahlaki dürüstlüğü emdiklerine inanıyordu. Bu nedenle eğer bir anne emziremezse iyi karakterli bir süt annesi bulmak önemliydi (Asimov, 1997).

zayıf olduğunu ve dolandırılmayı, soyulmayı hatta fiziksel olarak zarar görmeyi hak ettiğini düşünürler. (Bir sonraki sayfadaki ***Trendler*** bölümüne bakın.)

Anketler, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerin yüzde 3.6'sının antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Black, 2017; APA, 2013). Bu bozukluk, erkekler arasında kadınlardan dört kat daha yaygındır.

Bu bozukluğa sahip kişiler genellikle tutuklandığından araştırmacılar antisosyal davranış eğilimleri olan kişileri sık sık cezaevi popülasyonlarında görebilirler (Azevedo ve diğerleri, 2018). Cezaevindeki kişilerin en az yüzde 35'inin bu bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığı tahmin edilmektedir. Bu rahatsızlığı olan birçok kişinin suç davranışları 40lı yaşlardan sonra azalmaktadır, bazıları ise hayatları boyunca suç faaliyetlerine devam etmektedir (Holzer ve Vaughn, 2017; APA, 2013).

Çalışmalar ve klinik gözlemler ayrıca antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin, nüfusun geri kalanından daha yüksek oranda alkolizm ve diğer madde kullanım bozuklukları olduğunu göstermektedir (Black, 2017; Robitaille ve diğerleri, 2017). Bu nedenle bazı kuramcılar, antisosyal kişilik bozukluğunun ve madde kullanım bozukluklarının her ikisinin de yoğun risk alma ihtiyacı gibi aynı nedenlere sahip olduğunu düşünür. Bu düşünceyle tutarlı olarak antisosyal kişilik bozukluğu olan bazı kişilerde kumar oynama bozukluğu da görülmektedir (Chamberlain ve diğerleri, 2017).

TABLO: 13-2

**Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Yıllık Nefret Suçları**

| Saldırılan Grup | Rapor Edilen Saldırı Sayısı |
|---|---|
| Irk/Etnik gruplar | 4,216 |
| LGBT grupları | 1,410 |
| Dini gruplar | 1,402 |
| Engelli bireylerin grupları | 85 |

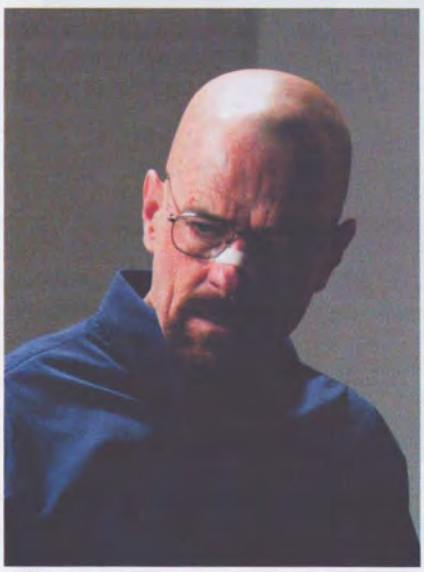
Bilgi kaynağı: FBI, 2017, 2016.

**Kuramcılar Antisosyal Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Antisosyal kişilik bozukluğunun çoğu açıklaması psikodinamik, bilişsel davranışçı ve biyolojik modellerden gelir. Diğer birçok kişilik bozukluğunda olduğu gibi, psikodinamik kuramcılar bu bozukluğun bebeklik döneminde temel güven eksikliğine yol açan ebeveyn sevgisinin yokluğu ile başladığını öne sürmektedir (Paris, 2018; Meloy ve Yakeley, 2010). Bu görüşe göre antisosyal kişilik bozukluğu geliştiren bazı çocuklar erken dönemdeki yetersizliklerden duygusal olarak uzaklaşarak tepki verirler ve başkalarıyla güç kullanarak ve zarar vererek bağ kurarlar. Psikodinamik açıklamayı desteklemek için araştırmacılar, bu bozukluğa sahip kişilerin çocukluklarında özellikle yoksulluk, aile içi şiddet, istismar ve ebeveyn çatışması veya boşanma gibi, diğerlerinden daha fazla stresli yaşam olayı yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Black, 2017; Gard vd., 2017).

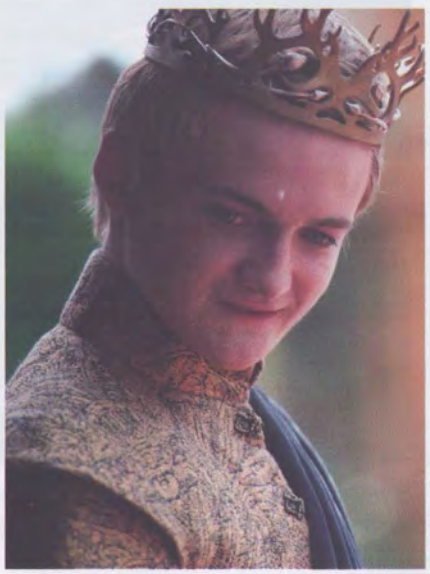
Bilişsel-davranışçı kuramcılar, davranışsal ve bilişsel faktörlerin bir kombinasyonunun antisosyal kişilik bozukluğuna katkıda bulunduğunu iddia etmişlerdir. Davranışsal açıdan, antisosyal belirtilerin koşullanma ilkeleri, özellikle model olma veya taklit yoluyla öğrenilebileceğini öne sürerler (Cabrera ve diğerleri, 2017). Kanıt olarak bu bozukluğu olan kişilerin ebeveynleri ve yakın akrabaları arasında daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğuna işaret ederler (Black, 2017). Model olma açıklaması, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin arkadaşları ve yakınları üzerinde yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (McKeown ve Taylor, 2018). Örneğin bir araştırma, antisosyal akranlarından etkilenen ortaokul öğrencilerinin kabul görmek için benzer şekilde antisosyal davranışlarda bulunduklarını bulmuştur (Juvonen ve Ho, 2008).

Bilişsel-davranışçı kuramcılar ayrıca bu bozukluğu açıklamak için *edimsel koşullanmaya* işaret eder. Bazı ebeveynlerin, çocukların saldırgan davranışlarını düzenli olarak ödüllendirerek istemeden antisosyal davranışları öğrettiklerini öne sürerler (Black, 2017; Kazdin, 2005). Örneğin ebeveynin istekleri veya taleplerine tepki olarak çocuklar aşırı reaksiyon gösterdiklerinde veya şiddet sergilediklerinde ebeveynler onları sakinleştirmek için geri adım atabilir.

**Popüler sosyopatlar** Televizyon izleyicileri, antisosyal kişilik bozukluğu semptomları olan karakterleri seviyor gibi görünüyor. Efsanevi karakter Breaking Bad'in bir zaman sonra acımasız esrar üreticisi ve satıcısı hâline gelen Walter White (solda) ve Game of Thrones'daki ahlaksız ve acımasız kral olan aynı derecede efsanevi Joffrey Baratheon (sağda), bu on yılın en popüler kötü adamlarından ikisi.



Ursula Coyote/© AMC/Courtesy Everett Collection



HBO/Photofest

# Toplu Cinayetler: Bu Şiddet Nereden Geliyor?

12 Haziran 2016'da gece saat 2.00'de 29 yaşındaki bir adam Orlando, Florida'da bir eşcinsel gece kulübü olan Pulse'a girdi ve iki yarı otomatik silah kullanarak 100 kişiyi vurarak 49'unu öldürdü. Nefret saldırısı olarak kabul edilen bu toplu katliam, ABD tarihinde tek bir tetikçi tarafından gerçekleştirilen en ölümcül olaylardan biriydi. Ama kesinlikle tek toplu katliam değildi. Orlando'daki bu korkunç olayı, 2017'de Nevada, Las Vegas'ta bir country müzik konserinde ve 2018'de Florida, Parkland'daki Marjory Stoneman Douglas Lisesi'nde yapılanlar da dahil olmak üzere çok sayıda başka toplu silahlı saldırı takip etti. Güney Carolina, Charleston'daki bir kilisede 2015 yılında 9 İncil çalışma grubu üyesinin öldürülmesi; Connecticut, Newtown'daki Sandy Hook İlkokulunda 2012 yılında 26 öğrenci ve öğretmenin öldürülmesi ve Aurora, Colorado'da Batman filminde 12 sinemaseverin 2012 cinayetleri de dâhil olmak üzere ülke ve dünya çapında pek çok toplu katliam gerçekleşti.

Bu rakamlar kan dondurucu; halk, toplu cinayetlerin neden meydana geldiğini, neden arttığını anlamasına yardımcı olmak için klinik alana yönelmektedir. Klinik kuramcılar ve araştırmacılar, insanların neden bu tür cinayetleri işlediğine dair çeşitli açıklamalar sunmuştur ancak bu konuda aydınlatıcı araştırmaların ve etkili müdahalelerin gerçekleştirilmesi çok zordur (Fox, Levin ve Fridel, 2018; Abe, 2017).

Toplu katliamlar hakkında ne biliyoruz? Tanımı gereği toplu katliamın, aynı yerde ve aynı anda dört veya daha fazla kişinin öldürülmesi anlamına geldiğini biliyoruz. FBI kayıtları ayrıca ortalama olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde iki haftada bir bu tür toplu katliamların meydana geldiğini, bunların %75'inin yalnızca bir katili olduğunu, %67'sinin silah kullanımını içerdiğini ve çoğunun da erkekler tarafından işlendiğini göstermektedir (FBI, 2017; Hoyer ve Heath, 2012).

Halkın algısına rağmen toplu katliamların yeni bir olgu olmadığını da biliyoruz. Toplu katliamlar yüzyıllardır düzenli olarak yaşanmıştır (Bonn, 2017, 2015). Ancak yeni olan şey, kitlesel silahlı saldırıların sıklığının artması (örn. okullar, alışveriş merkezleri ve iş yerleri) ve belirli toplu katliam kalıplarının ortaya çıkmasıdır (Fox ve diğerleri, 2018; Wilson, 2016). Belirli özellikler olaydan olaya -örneğin ırksal veya dini nefret- farklılık gösterse de iki genel örüntü yükselişte (Abe, 2017). "Sahte komando" türündeki toplu katliamlarda katil "genellikle gündüz vakti diğer insanlar arasında öldürür, olayı önceden planlar ve yüklü cephaneyle birlikte oraya gider. Olay sonrası için planlanmış bir kaçışı yoktur ve olay sırasında öldürülmeyi bekler" (Knoll, 2010). Başka bir türü olan "otojenik" (kendiliğinden olan) katliamlarda bireyler kişisel planını gerçekleştirmek için o ortamda bulunan tüm insanları ayrım gözetmeksizin öldürür.



Melissa Lyttle for The Washington Post via Getty Images

**Düşüncesi bile Kötü** Pulse gece kulübünde 2016 toplu saldırı kurbanlarının arkadaşları toplu katliamda ölen veya yaralananlara kucak açmak, ağlamak ve onlara destek göstermek için Orlando'da toplandı.

Kuramcılar sahte komando, otojenik ve diğer toplu cinayetleri açıklamaya yardımcı olacak, silahlanma, zorbalık davranışı, madde bağımlılığı, şiddet içeren medya ve video oyunlarının yaygınlaşması, işlevsiz evler ve bulaşma etkileri dâhil olmak üzere bir dizi faktör önermişlerdir (Lankford ve Tomek , 2018; Singal, 2017). Dahası kişinin silaha ulaşabilirliği, medyadaki şiddet veya benzeri koşullar ne olursa olsun, çoğu klinisyen de dahil olmak üzere neredeyse herkes bu tür katliamcıların tipik olarak ruhsal bir sorundan muzdarip olduğuna inanmaktadır (Fox ve diğerleri, 2018; Winegard ve Ferguson, 2016). Peki ama bu hangi bozukluk? Bu konuda ise çok az fikir birliği vardır (Carey, 2016). Her biri olabilir::

- Antisosyal, sınırda, paranoid veya şizotipal kişilik bozukluğu
- Şizofreni veya şiddetli bipolar bozukluk
- Aralıklı patlayıcı bozukluk -tekrarlayıcı, herhangi bir kışkırtmaya gerek olmadan denetim altında tutulamayan sözlü ve / veya davranışsal patlamaların belirgin olduğu bir dürtü kontrol bozukluğu
- Şiddetli depresyon, stres veya kaygı

Bu gibi pek çok bozukluk önerilmesine rağmen hiçbiri toplu katliamlar üzerine yapılan sınırlı sayıdaki araştırmada net bir destek görmemiştir. Öte yandan çeşitli araştırmalarda ortak bir payda olarak birkaç psikolojik değişkenden söz etmek mümkündür: şiddetli öfke ve kızgınlık duyguları, zulüm görme veya kötü muamele görme ve intikam arzuları (Fox ve diğerleri, 2018). Yani bir kitle katilinin hangi zihinsel bozukluğu sergileyebileceğine bakılmaksızın bu kişi genellikle bu duygular tarafından yönlendirilebilir. Artan sayıda klinik araştırmacı için bu durum, araştırmaların herhangi bir teşhisten daha çok bu değişkenleri daha derinlemesine tanımlamaya ve anlamaya odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Açıkça görülüyor ki klinik araştırmalar, bu enteresan alana odaklanmayı sürdümeli. Bu, araştırması zor bir konu çünkü çok az sayıda kitle katili bu olaylardan sağ kurtulur ancak klinik alan bu gibi zor konular hakkında yararlı bilgiler toplamayı bir şekilde başarıyor ve gerçekten de bu kısmın en başında sözü edilen korkunç olayların ardından kararlılık ve adanmışlıkta artış göze çarpmaktadır.

Bu vesile ile farkında olmadan çocuğa inatçı olmayı hatta belki de şiddetli olmayı öğretiyor olabilirler.

Bilişsel tarafta bilişsel-davranışçı kuramcılar, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin genellikle diğer insanların ihtiyaçlarını önemsizleştiren tutumlara sahip olduklarını söylerler (Elwood ve diğerleri, 2004). Böyle bir yaşam felsefesinin toplumumuzda insanların fark ettiğinden çok daha yaygın olabileceğine inanırlar. Bununla ilgili bir açıklamada bu bozukluğa sahip kişilerin, kendilerinin dışındaki kişilerin bakış açılarını veya duygularını tanımada gerçekten de zorluk yaşadıklarını öne sürmektedir (Igoumenou ve diğerleri, 2017).

Son olarak araştırmalar, *biyolojik* faktörlerin antisosyal kişilik bozukluğunda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Genetik araştırmalar, bozukluğun belirli genlerle bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (Raine, 2018; Rosenström ve diğerleri, 2017). Ek olarak araştırmacılar antisosyal insanların özellikle de oldukça dürtüsel ve saldırgan olanların, nörotransmiter serotoninin diğer insanlardan daha düşük aktiviteye sahip olduğunu bulmuşlardır (Eisner ve diğerleri, 2017). Hatırlayacağınız gibi (bk. Sayfa 224) başka tür çalışmalarda hem dürtüsellik hem de saldırganlık düşük serotonin aktivitesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle de antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde bu biyolojik faktörün varlığı hiç de şaşırtıcı değildir.



Reuters/Stefano Rellandini

**Yeni bir bozukluk gibi** Bir işçi, İtalya'nın Torino kentindeki Lombroso Müzesinde balmumu kaplı bir kafaya "Kadın Katili" anlamına gelen bir etiket yapıştırmış. Avrupa'daki hapishanelerden alınan bu türde yüzlerce kafa, müzenin raflarına dizili, her birinde de "Ladro" ("Hırsız") veya "Omicida" ("Katil") gibi etiketler yapıştırılmış. Bu görsel, on dokuzuncu yüzyıl psikiyatristi Cesare Lombroso'nun suçlu ve ilgili antisosyal davranışların doğasına ilişkin kaba ama öncü araştırmalarından gelir.

İlgili çalışmada araştırmalar, bu bozukluğu olan bireylerin *prefrontal korteks, anterior singulat korteks, amigdala, hipokampus ve temporal kortekslerinin* toplu olarak kurallara uyma, gerçekçi stratejiler planlama ve uygulama, sempati, muhakeme ve empati sergilemeye yardımcı olan beyin yapılarının yetersiz işlev gösterdiğini göstermektedir (Gard vd., 2017; Schiffer vd., 2017). Elbette bunlar, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde eksik olan işlevlerdir.

Farklı bir biyolojik araştırma hattı da bu bozukluğa sahip araştırma katılımcılarının genellikle stres uyarılarına veya beklentilerine düşük beyin ve bedensel uyarılma ile yanıt verdiğini bulmuştur (Thompson ve diğerleri, 2014; Perdeci ve diğerleri, 2010). Böyle bir yetersiz uyarılmanın, bozukluğu olan kişilerin tehdit edici veya duygusal durumları kolayca görmezden gelebileceğine ve dolayısıyla onlardan etkilenmemesini sağlayabileceğine inanılmaktadır. Bu, klinisyenler tarafından sıklıkla gözlemlenen bir olguyu açıklamaya yardımcı olabilir -antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin diğer insanlardan daha az kaygı hissettikleri ve bu nedenle olumsuz yaşam deneyimlerinden ders çıkarmak veya başkalarının duygusal ipuçlarına uyum sağlamak için anahtar bir bileşenden yoksun oldukları olgusu (Siyah, 2017; Blair ve diğerleri, 2005). Bu tür bir fiziksel yetersizlik, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin neden diğer insanlardan daha fazla risk aldıklarını ve daha fazla heyecan aradıklarını açıklamaya yardımcı olabilir.

Bu çok sayıdaki biyolojik faktör, ilk bakışta göründüğünden daha yakından bağlantılı olabilir. Alanın işlevsiz beyin devrelerine artan vurgusuyla tutarlı olarak birçok kuramcı artık antisosyal kişilik bozukluğunun nihayetinde yukarıda bahsedilen yapılardan oluşan bir beyin devresinin zayıf işleyişiyle ilişkili olduğunu düşünmektedir. Devredeki bu yapılar arasındaki zayıf iletişim (yani zayıf ara bağlantı), iki beyin-vücut stres yolu -*sempatik sinir sistemi yolu* ve *hipotalamik-hipofiz adrenal yolu*- tarafından strese kronik olarak düşük tepkiler üretmesine; bu da sırasıyla düşük uyarılma durumuna, zayıf stres tepkilerine, başkalarının acısına karşı zayıf empatiye ve antisosyal kişilik bozukluğunun diğer özelliklerine yol açıyor olabilir (Aghajani ve diğerleri, 2017; Glenn ve diğerleri, 2017, 2015). Bu beyin devresine odaklı bir açıklama için heyecan yaratıyor olsa da özellikleri ve yararları ile ilgili araştırmalar bugüne kadar sınırlı kalmıştır.

**Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tedavisi** Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilere yönelik tedaviler genellikle etkili değildir (Skodol ve Bender, 2018, 2016).

**sınırda kişilik bozukluğu** Kişiler arası ilişkilerde, benlik imajında ve duygudurumda tekrarlayan istikrarsızlık ve dürtüsel davranışla karakterize bir kişilik bozukluğu.

Tedavinin önündeki başlıca engeller, bireyin inanç, değişme arzusu eksikliği veya terapiye saygı göstermemesidir (Sperry, 2016). Terapide olanların çoğu, bir işveren, okul veya yasalar tarafından katılmaya zorlanmış veya başka bir psikolojik bozukluk geliştirdiklerinde terapistlerin dikkatini çekmiştir (Bressert, 2016).

Bilişsel-davranışçı terapistler, antisosyal kişilik bozukluğu olan danışanlara ahlaki sorunlar ve diğer insanların ihtiyaçları hakkında düşünmeleri için rehberlik etmeye çalışabilir. Bununla birlikte araştırmalar bu yaklaşımın özellikle yararlı olmadığını bulmuştur (Black, 2017). Benzer şekilde bazı hastane ve hapishaneler, bu bozukluğa sahip insanlar için başkalarına karşı sorumluluğu öğreten yapılandırılmış bir ortam olan tedavi edici topluluklar oluşturmaya çalışmıştır (Bressert, 2016). Bu bozukluğa sahip bazı bireyler, bu tür yaklaşımlardan fayda sağlıyor gibi görünse de pek çoğunun fayda sağlamadığı görülmektedir. Son yıllarda klinisyenler antisosyal kişilik bozukluğu olan kişileri tedavi etmek için psikotrop ilaçlar, özellikle antipsikotik ilaçlar da kullanmaktadır. Bununla birlikte araştırmalar, genel antisosyal davranış kalıplarını tedavi etmede ilaçların tutarlı bir şekilde yararlı olduğunu göstermemektedir (Black, 2017).

## Sınırda Kişilik Bozukluğu

**Sınırda kişilik bozukluğu** olan kişilerde ruh hâlindeki büyük değişimler, dengesiz bir benlik imajı ve dürtüsellik dahil olmak üzere büyük bir istikrarsızlık belirgindir (APA, 2013). Bu özellikler, kişiler arası ilişkilerini de istikrarsız hâle getirmek için bir araya geldiğinde tablo daha da netleşir (Paris, 2018). Aşağıdaki örnekte yer alan Dal terapinin ilk seansında, tam da terapistinin tanımladığı gibi tüm bu zorlukları yaşamaktadır:

*Dal... kendine değer verme ve öz saygısını sürdürmede uzun süredir devam eden sıkıntılar yaşamakta. "Hayatının aşkıyla" yollarını henüz ayırmışken "erkekleri elinde tutma" yeteneğine de pek güvenmediğini hissediyor. Geçtiğimiz yıl içinde sadece altı kişi ile "ciddi ilişkisi" olduğunu itiraf ediyor.*

*... Her ilişkinin başlangıcı "İşte, şimdi hayalim gerçek oldu!" gibiyken erkeklerin hepsi bir "Beyaz Atlı Prens" gibi. Bir süre sonra kendini, her zaman ilk bakışta önemsiz gibi görünen şeyler yüzünden şiddetli kavgaların ve fırtınalı tartışmaların içinde buluyor. O "ilişkiyi sürdürmeye" çalışıyor ama bu ilişkilere ne kadar çok yatırım yaparsa yapsın, partnerleri bir o kadar mesafeli ve "huysuz" oluyor. Sonunda da onu terk ediyorlar...*

*Omuz silkiyordu ve ... bedeni agresif bir şekilde irkildi: "Kimse beni ti'ye alamaz. Ben kurallarıma göre yaşıyorum, anladın mı beni?" Son altı sevgilisinden üçüne fiziksel olarak saldırdığını, onlara bir şeyler fırlattığını ve kontrol edilemeyen öfke patlamaları ve nöbetler arasında onları öldürmekle tehdit ettiğini de söyledi. Peki, onu bu kadar kızdıran neydi? Şimdi hatırlayamıyor...*

*Bu üzücü anıları anlatırken bir yandan kendini beğenmişlik, küstahlık varken diğer yanda kendini cezalandırma, kendi kişiliği ve davranışlarıyla ilgili iğneleyici eleştiriler arasında gidip geliyor. Duygudurumu tek bir terapi seansının sınırları içinde bile coşkululuk ve olağanüstü iyimserlikten önüne geçilemez kasvetli bir duruma dönüşüveriyor.*

*Bir dakika sonra ansızın "sonunda özgürlüğe kavuşur" ("Hıh, bu onların kaybı...") ve dünyayı yeniden fethetmeye hazır hâle gelir -bir sonraki an ise panik atak sınırında gizleyemediği bir kaygı atağıyla hızlı hızlı nefes alıp vermeye başlayabilir...*

*Dal, "tehlikeli bir şekilde sınırlarda yaşamayı" seviyor. Ara sıra uyuşturucu kullanıyor -"alışkanlık değil, sadece eğlence için" diye temin ediyordu beni. O bir alışverişkolik ve sık sık kendini büyük borçlar altında bulduğunu söylüyor. Üç kez mali açıdan batmış... Ayrıca özellikle stresli veya depresyondayken sık sık ortaya çıkan aşırı yeme davranışı var.*

*Terapi almak istemişti çünkü kendini öldürmekle ilgili zihnine istemsizce gelen düşünceleri de mevcut. [Sık sık kendini yaralama ve kendini sakatlama davranışları sergilediğini belirtiyor.] (Bana kesikten ziyade yolunmuş, rengi solmuş, yamalı bileklerini gösterdi.)*

*(Vaknin, 2016, 2015)*

Dal gibi sınırda kişilik bozukluğuna sahip insanlar, birkaç saatten birkaç güne veya daha uzun süren çok depresif, endişeli ve huzursuz durumlara girip çıkarlar (bk. **Tablo 13-3**). Duyguları etraflarındaki dünyayla her zaman çatışıyor gibi görünür. Bazen fiziksel saldırganlık ve şiddetle sonuçlanan öfke nöbetlerine yatkındır (Zanarini vd., 2017). Bununla birlikte sık sık, dürtüsel öfkelerini içe doğru yönlendirir ve kendi bedenlerine

### #ÖzlüSözler

"Öfke kısa bir çılgınlıktır."

Horace, Roman poet

zarar verirler. Birçoğu derin boşluk hislerinden rahatsızdır (Zandersen ve Parnas, 2018).

Sınırda kişilik bozukluğu karmaşık bir bozukluktur ve hızla klinik uygulamada görülen en yaygın bozukluklardan biri hâline gelmektedir. Bu sendroma sahip bireylerin yüzde 85'i hayatlarının bir noktasında majör depresif bozukluk veya yeme bozukluğu gibi başka bir psikolojik bozukluk yaşar (Silverman ve Krueger, 2018). Dürtüsel, kendine zarar veren davranışları madde kullanımından suçluluğa, güvensiz cinsellik davranışları ve dikkatsiz araba kullanmaya kadar değişebilir (Friedel, 2018; Kienast ve diğerleri, 2014). Birçoğu, kendini kesmek veya yakmak veya kafasını vurmak gibi kendine zarar verme veya kendini yaralama davranışlarında bulunur. Bölüm 7'de gördüğünüz gibi bu tür davranışlar tipik olarak aşırı fiziksel ıstıraplara neden olur ancak sınırda kişilik bozukluğu olanlar genellikle fiziksel rahatsızlığın "duygusal aşırı yükten" kurtulmalarına olanak sağladığını hissederler (Skodol, 2018, 2017; Sadeh ve diğerleri, 2014). Birçoğu kronik boşluk, can sıkıntısı ve kimlik karmaşası duygularıyla başa çıkmanın bir yolu olarak kendilerini incitmeye çalışır.

İntihar tehditleri ve girişimleri de yaygın şekilde görülebilir (Soloff ve Chiappetta, 2018; Amore ve diğerleri, 2014). Araştırmalar, sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık yüzde 75'inin hayatlarında en az bir kez intihara teşebbüs ettiğini göstermektedir, yüzde 10 kadarı da bu intihar girişimleri nedeniyle ölmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerin intihar girişiminden sonra acil servis aracılığıyla klinik tedavi almaları yaygındır (Hong, 2016).

**TABLO: 13-3**

**Kişilik Bozukluklarının Karşılaştırılması**

| | Küme | Benzer Bozukluklar | Tedaviye Yanıt |
|---|---|---|---|
| **Paranoid** | Eksantrik | Şizofreni, sanrılı bozukluk | Düşük |
| **Şizoid** | Eksantrik | Şizofreni, sanrılı bozukluk | Düşük |
| **Şizotipal** | Eksantrik | Şizofreni, sanrılı bozukluk | Düşük |
| **Antisosyal** | Dramatik | Davranım bozukluğu | Zayıfça |
| **Sınırda** | Dramatik | Depresif bozukluk, bipolar bozukluk | Orta düzeyde |
| **Histriyonik** | Dramatik | Bedensel belirti bozukluğu, depresif bozukluk | Düşük |
| **Narsisistik** | Dramatik | Siklotimik bozukluk (hafif bipolar bozukluk) | Zayıfça |
| **Çekingen** | Kaygılı | Sosyal anksiyete bozukluğu | Orta düzeyde |
| **Bağımlı** | Kaygılı | Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, depresif bozukluk | Orta düzeyde |
| **Obsesif Kompulsif** | Kaygılı | Obsesif kompulsif bozukluk | Orta düzeyde |

Sınırda kişilik bozukluğuna sahip kişiler genellikle duygularının diğer kişi tarafından paylaşılmadığı, yoğun, çatışmalı ilişkiler kurarlar (Skodol, 2018, 2017). Kısa bir ilk karşılaşmadan sonra karşılarındaki kişinin birçok niteliğini ve yeteneklerini idealleştirebilirler. Ayrıca ilişkilerin sınırlarını da ihlal edebilirler. İkili (siyah-beyaz) kavramlarla düşündüklerinden, beklentileri karşılanmadığında hızla reddedilmiş hissederler ve öfkelenirler, yine de ilişkilerine çok bağlılardır (Miano vd., 2017). Aslında çoğunlukla terk edilme korkusu yaşar ve hayatlarındaki önemli insanlardan gerçek veya hayalî ayrılıklardan kaçınmak için sık sık çılgınca çabalar gösterirler (Skodol, 2018, 2017). Bazen partnerlerin ayrılmalarını önlemek için kendilerine zarar veren eylemlerde bulunurlar.

Sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler tipik olarak dramatik kimlik karmaşaları yaşarlar. Bu değişken benlik duygusu nedeniyle hedefleri, özlemleri, arkadaşları hatta cinsel yönelimleri hızla değişebilir. Ayrıca zaman zaman kendi düşüncelerinden veya bedenlerinden ayrılma veya kopma hissine sahip olabilirler (Krause-Utz ve diğerleri, 2017). Zaman zaman kendileriyle ilgili hiçbir şey hissetmeyebilirler, bu da daha önce açıklanan boşluk duygularına kapılmalarına yol açabilir.

Anketlere göre yetişkin nüfusun yüzde 5,9'unda sınırda kişilik bozukluğu gözlenmektedir (Skodol, 2018, 2017; APA, 2013). Tanı alan hastaların yüzde 75'ine yakını, kadındır. Bozukluğun seyri kişiden kişiye değişir. En sık görülen tabloda kişinin dengesizliği ve intihar riski genç yetişkinlikte zirve yapar ve daha sonra yaş ilerledikçe kademeli olarak azalır.

**Kuramcılar Sınırda Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Kuramcılar, sınırda kişilik bozukluğuna ilişkin açıklamalarında bir dizi olası psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktöre işaret etmektedir. İlaveten son birkaç yılda bu tür faktörlerin bozukluğu ortaya çıkarmak için nasıl etkileşime girebileceğine odaklanan girişimler yaşanmıştır.

**PSİKOLOJİK, BİYOLOJİK VE SOSYOKÜLTÜREL FAKTÖRLER** Terk edilme korkusu, sınırda kişilik bozukluğu olan pek çok insana işkence ettiği için psikodinamik kuramcılar, bozukluğu açıklarken bir kez daha erken ebeveyn ilişkilerine bakmıştır. Örneğin

**#ÖfkeyiİfadeEtme**

| | |
|---|---|
| %23 | Öfkesini açıkça ifade ettiğini bildiren yetişkinlerin yüzdesi |
| %39 | Öfkesini sakladığını veya içinde tuttuğunu söyleyenlerin yüzdesi |

(Bilgi: BAAM, 2017, 2016; Kanner, 2005, 1995)



Tim Graham/Getty Images

**Sorunlu prenses** Burada Londra'nın kuzeyindeki bir Hindu tapınağında okul çocuklarını kucaklayan Prenses Diana, özellikle sayısız hayırsever çabası ve insani eylemleri nedeniyle kısa yaşamı boyunca milyonlarca kişi tarafından sevildi. Bununla birlikte kitaplarda ve röportajlarda ifşa ettiği bir dizi psikolojik problemi de vardı. Prensesin sorunlarını teşhis etmek ve açıklamak, 1997'deki ölümünden bu yana hem klinik alanın içinde hem de dışında yaygın bir uygulama hâline geldi. Kendini kesmesi, olası sınırda kişiliği ve düzensiz yeme davranışları çok ilgi gördü.

nesne ilişkileri kuramcıları, ebeveynler tarafından erken dönemde kabul edilmemenin özgüven kaybına, artan bağımlılığa ve ayrılıkla baş edememeye yol açabileceğini öne sürmektedir (Kernberg, 2018; Huprich ve diğerleri, 2017). Bu kuramı destekleyen araştırmalar, sınırda kişilik bozukluğu olan birçok kişinin ebeveynlerinin çocukluklarında onları gerçekten ihmal veya reddettiğini, sözlü olarak kötüye kullandıklarını veya başka şekillerde uygunsuz davrandıklarını bulmuştur (Parker, McCraw ve Bayes, 2018; Skodol, 2018 , 2017). Çocukluklar genellikle ikiden fazla ebeveyne sahip olma, boşanma, ölüm veya fiziksel veya cinsel istismar gibi travmalarla tanımlanmaktadır.

Sınırda kişilik bozukluğu *biyolojik* faktörlerle de ilişkilendirilmiştir. İnsanların bu bozukluğa biyolojik bir yatkınlık şeklinde miras olarak alabileceğine dair göstergeler vardır. Araştırmalar örneğin hastalığı olanların yakın akrabalarının aynı hastalığa sahip olma olasılığının genel popülasyondan beş kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Bassir Nia ve diğerleri, 2018; Amad ve diğerleri, 2014). Benzer şekilde araştırmalar, bozukluğun belirli genlerle bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir (Agha ve diğerleri, 2017).

Genetik çalışmaların ötesinde araştırmacılar, sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin, özellikle intihara teşebbüs eden veya başkalarına karşı çok saldırgan olanların, özellikle en dürtüsel olanların beyinlerinde serotonin aktivitesinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Skodol, 2018, 2017; Soloff ve diğerleri, 2014). Bölüm 6 ve 7'den düşük serotonin aktivitesinin depresyon, intihar, saldırganlık ve dürtüsellikle tekrar tekrar bağlantılı olduğunu bir kez daha hatırlayın (bk. sayfa 178-180 ve 224).

Sınırda kişilik bozukluğu amigdala (aşırı aktif), hipokampus (yetersiz aktivasyon), prefrontal korteks (yetersiz aktivasyon) ve frontal loblardaki diğer yapılar dâhil olmak üzere bazı beyin yapılarındaki anormal aktiviteye de bağlanmıştır (Skodol, 2018, 2017; Soloff ve diğ., 2017). Bazı kuramcılar ayrıca bu yapıların aslında tipik bir beyin devresinin bileşenleri olduğuna ve her bir parçada yaşanan sorunların aslında bir şekilde tüm bu beyin devresindeki işlevsel bir bozukluğa (yani bağlantıların normal şekliyle işlev göstermemesi) yol açtığını; bunun da sık duygusal patlamalar, dürtüsel davranışlar, hatalı yargılar ve kötü kararlarla sonlandığını ileri sürmektedir (Agha ve diğerleri, 2017; Krause-Utz ve diğerleri, 2017).

Son olarak bazı *sosyokültürel* kuramcılar, sınırda kişilik bozukluğu vakalarının özellikle hızla değişen kültürlerde ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Bir kültürün istikrarını yitirirken üyelerini, kaçınılmaz olarak birçok kimlik sorunları, boşluk duygusu, yüksek düzeyde kaygı ve terk edilme korkusuyla baş başa bıraktığı iddia edilmektedir. Ailenin birimleri parçalanabilir ve geriye çok az aidiyet duygusu olan insanlar kalabilir. Günümüz toplumunda bu türden

### #HavasınıAlmaEfsanesi

"Buhar boşaltmanın" öfkeyi azalttığı fikrinin aksine bir çalışmada öfkeli katılımcılar bir kum torbasına çarptıktan sonra bir süre sessizce oturan kızgın katılımcılara göre çok daha agresif davrandılar (Bushman ve diğerleri, 1999).

değişiklikler, bu bozukluğun daha fazla rapor edilmesi durumunu pekâlâ açıklayabilir (Paris, 2018, 2010; Lazzari ve diğerleri, 2017).

**BÜTÜNCÜL AÇIKLAMALAR** Son yıllarda iki açıklama -*biyososyal ve gelişimsel psikopatoloji* açıklamaları- bu çeşitli faktörlerin sınırda kişilik bozukluğunu daha iyi açıklamak için nasıl kesişebileceğini göstermiştir.

*Biyososyal* açıklamaya göre sınırda kişilik bozukluğu, içsel etkilerin (örn., kişinin duygularını belirleme ve kontrol etmede zorluk, sosyal beceri eksiklikleri, anormal nörotransmiter aktivitesi) ve dışsal etkilerin (örn., bir çocuğun duygularının cezalandırıldığı, göz ardı edildiği, önemsizleştirildiği veya dikkate alınmadığı bir ortam) birleşiminden kaynaklanmaktadır (Elzy ve Karver, 2018; Neacsiu ve Linehan, 2014). Biyososyal kuramcıların bahsettiği iç ve dış faktörlerin çoğu, önceki bölümde odaklanılan faktörler arasındadır. Biyososyal kuramcılara göre insanlar yaşam boyunca ne kadar çok faktöre sahip olursa o kadar sınırda kişilik bozukluğu geliştirme potansiyeline sahip olurlar. Bu kuram, iddialı olmamakla birlikte bir miktar bilimsel araştırma desteği de almıştır (Elzy ve Karver, 2018; Gill ve Warburton, 2014).

Sınırda kişilik bozukluğunun diğer bütüncül açıklaması olan *gelişimsel psikopatoloji* açıklamasının savunucuları, biyososyal bakış açısını geliştirdiler ve buna bazı detaylar da eklediler. Biyososyal kuramcılar gibi gelişimsel psikopatologlar da bu bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olan iç ve dış faktörlerin bir kişinin yaşamı boyunca birlikte hareket edebileceğine inanmaktadır (Lenzenweger ve Depue, 2016; Tackett ve diğerleri, 2016). Bu kuramcılar, genetikten çevreye tüm bu tür faktörlerle ilgilenirken erken ebeveyn-çocuk ilişkilerinin özellikle sınırda kişilik bozukluğunun gelişiminde etkili olduğuna inanır. Gelişimsel psikopatologlar, psikodinamik modelin *nesne ilişkileri* kuramcılarıyla tutarlı olacak şekilde erken dönemde travma ve istismar yaşayan ve ebeveynleri önemli ölçüde dikkatsiz, umursamaz, kafa karıştırıcı, tehditkar ve umursamaz olan çocukların, yetişkinliğe *dezorganize bir bağlanma stiliyle* sağlıklı ilişkiler için ciddi şekilde kusurlu bir kapasite ile girme olasılığının yüksek olduğunu iddia etmektelerdir (Fonagy ve Luyten, 2018, 2016). Bu tür bireyler; gelişimleri boyunca önemli pozitif faktörleri (pozitif genetik yatkınlıklar, pozitif yaşam olayları, duyarlı rol modelleri, direnç geliştirme fırsatları vb.) daha fazla deneyimleyecek kadar şanslı değillerse sınırda kişilik bozukluğu için yüksek riskli adaylar hâline gelirler (Fonagy ve diğerleri, 2017). Bu kuramı destekleyen bilimsel çalışmalar, ebeveyn-çocuk arasındaki zayıf ilişki ile dezorganize bağlanma stilinin gelişimi arasında ve dezorganize bağlanma stili ile sınırda kişilik bozukluğu arasında görece net ilişkiler bulmuştur (Shiner ve Allen, 2018; Beeney ve diğerleri, 2017).

Son yıllarda gelişimsel psikopatologlar, sınırda kişilik bozukluğundaki esas psikolojik eksikliğin, kişinin *zihinselleştirme* yetersizliği olduğuna inanmaya başlamıştır (Bateman, Fonagy ve Campbell, 2018). **Zihinselleştirme**, insanların kendi ve diğer insanların zihinsel durumlarını anlama yani ihtiyaçları, arzuları, duyguları, inançları ve hedefleri tanıma kapasitesini ifade eder. İnsanlar etkili bir şekilde zihinselleştirdiklerinde diğer insanların davranışlarını öngörebilirler ve başkalarına uygun ve güvenli şekilde tepkiler verebilir. Bu kuramcılar, çocukluktan dezorganize bağlanma stili geliştiren kişilerin zihinselleştirme becerilerinin zayıflamasından ve buna bağlı olarak kendi duygularını, dikkatlerini, düşüncelerini ve davranışlarını ve ilişkilerini kontrol etme becerilerinin zayıf olmasından şüphelenmektedir (Fonagy ve Luyten, 2018, 2016; Quek vd., 2017). Bu kavramla tutarlı olarak araştırmalar, sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde sürekli olarak zayıf zihinselleştirme becerisi sergileme arasında bir ilişki bulmuştur (Badoud ve diğerleri, 2018; Fonagy ve diğerleri, 2017).

Sınırda kişilik bozukluğunun gelişimsel psikopatoloji yaklaşımını temel alan açıklamaları klinik alanda pek çok kişiyi heyecanlandırmıştır. Yine de bu açıklamayı destekleyen bilimsel araştırmaların aslında erken ebeveyn-çocuk ilişkisinin bu bozukluğun gelişiminde *yegane* faktör olmadığını bilmek önemlidir. Zihinselleştirme eksikliklerinin

**zihinselleştirme** Kişinin kendi ve diğer insanların zihinsel durumlarını anlama kapasitesi

**"Zero Degrees of Empathy"**

Psikolog Simon Baron-Cohen Zero *Degrees of Empathy* adlı kitabında birçok kişilik bozukluğundaki ortak bir unsurun tamamen empati eksikliği olduğunu savunur. Elbette bu tür bozuklukları olmayan kişilerde de empati güçlüğü olabilir. Bu nedenle 2017'de bir film projesinin parçası olarak 20 oyuncu, başlarının üzerine aynalı küpler takarak New York'ta dolaştı. Yoldan geçenler, oyuncularla etkileşim hâlindeyken yalnızca kendi yansıyan yüzlerini gördüler. Bu, yayaların kendilerini başkalarında görmeye zorlayarak başkalarına karşı empatisini artırmak için tasarlanmış bir egzersizdir.



Damon Winter/The New York Times/Redux

bozukluğun merkezinde olduğu da tam olarak net değildir. Bu önemli konular devam eden bir dizi çalışmayla araştırılmaktadır.

**Sınırda Kişilik Bozukluğu Tedavisi** Görünüşe göre psikoterapi, sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler için sonunda bir dereceye kadar iyileşmeye yol açmaktadır (Livesley, 2017). Bununla birlikte bir terapistin sınırdaki danışanın öfke ve bağımlılığıyla empati kurma ve düşünce tarzına meydan okuma arasında bir denge kurmaya çalışması olağanüstü derecede zordur (Skodol, 2018; Sperry, 2016). Dahası sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlar, danışan-terapist ilişkisinin sınırlarını rahatlıkla ihlal edebilir (örn. daha az acil olan konuları tartışmak için terapistin acil durumlarda araması gereken numarasını tekrar tekrar araması ile) (Skodol, 2018; Colli ve diğ., 2014).

Geleneksel psikanalitik terapi, sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler için çok etkili bulunmamıştır (Doering ve diğerleri, 2010). Bununla birlikte terapistlerin daha destekleyici bir duruş sergilediği ve öncelikle terapist-hasta ilişkisine odaklandığı çağdaş psikodinamik yaklaşımlar, özellikle *ilişkisel psikanalitik terapi* (bk. sayfa 47-48) bir miktar başarı elde etmiştir (Clarkin vd., 2018; Cristea vd., 2017). Bu tür yaklaşımlarda terapistler, danışanların bilinçdışı çatışmalarını keşfedebilecekleri ve esas ilişkilerdeki bozulmaya, zayıf benlik duygusuna ve yaygın yalnızlık ve boşluk duygusuna dikkat edebilecekleri empatik bir ortam sağlamaya çalışırlar.

Geçtiğimiz yirmi yılda **diyalektik davranış terapisi (DDT)** olarak adlandırılan sınırda kişilik bozukluğu için yeni dalga bilişsel-davranışçı terapi önemli ölçüde araştırma desteği almıştır ve şu anda sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler için en çok tercih edilen tedavi olarak görülmektedir (Robins ve ark., 2018; Linehan vd., 2015, 2002, 2001). Psikolog Marsha Linehan tarafından geliştirilen DDT, yaklaşık bir yıl süren haftalık bireysel terapi ve grup olarak beceri geliştirme seanslarından oluşur. DDT, sınırda kişilik bozukluğunun tüm özelliklerini hedeflerken, danışanların kendine zarar verme ve / veya intihar etme çabalarına özel ehemmiyet vermektedir.

DDT'nin bireysel terapi seansları, diğer bozukluklara uygulanan davranışsal ve bilişsel tekniklerin çoğunu içerir: ev ödevleri, psikoeğitim, başa çıkma ve ilgili becerilerin öğretilmesi, terapist tarafından model olma, net hedefler belirleme, uygun davranışlar için pekiştirme, farkındalık beceri eğitimi, danışanın davranışlarının ve tedavinin ilerlemesinin sürekli olarak değerlendirilmesi ve danışanın düşünce tarzlarının danışan ve terapisti tarafından işbirlikçi bir şekilde kontrol edilmesi.

Öncelikle bilişsel-davranışçı olmasına rağmen bireysel DDT seansları büyük ölçüde çağdaş psikodinamik ve hümanist yaklaşımlardan da beslenir, danışan-terapist ilişkisini tedavi etkileşimlerinin merkezine yerleştirir, uygun tedavi sınırlarına uyulmasını sağlar ve danışanın kabul edildiği ve onaylandığı bir ortam sunar. Nitekim DDT terapistleri, sınırdaki danışanları ve danışanların yaşadıkları duygusal kargaşaya rağmen düzenli olarak empati kurar, danışanların şikayetleri veya taleplerindeki doğru noktaları bulur ve geçerli ihtiyaçları karşılamaları için alternatif yolları gözden geçirir (Skodol, 2018).

DDT danışanları ayrıca sosyal beceri geliştirme gruplarına da katılırlar. Bu gruplarda danışanlar, güvenli bir ortamda diğer insanlarla ilişki kurmanın yeni yollarını uygular ve diğer grup üyelerinden onay ve destek alırlar.

DDT, sınırda kişilik bozukluğu için diğer tüm tedavilerden daha fazla araştırma desteği almıştır (Robins ve diğerleri, 2018; Rudge ve diğerleri, 2018). DDT alan pek çok danışan, strese daha fazla tahammül edebilir, daha fazla sosyal beceri geliştirebilir, yaşam koşullarına daha etkili yanıt verebilir ve daha istikrarlı bir kimlik geliştirebilir. Ayrıca kendine zarar verme ve intihar davranışları önemli ölçüde daha az görülmekte ve diğer tedavi yöntemlerini alanlara göre daha az hastaneye yatış görülmektedir. Ek olarak tedavide kalma ve daha az öfke, daha fazla sosyal tatmin, gelişmiş iş performansı ve madde kullanımında azalma bildirme olasılıkları daha yüksektir (Skodol, 2018; Linehan ve diğerleri, 2015).

### #NeyeSınırda?

1938'de "borderline (sınırda)" terimi psikanalist Adolph Stern tarafından ortaya atıldı. Bu terimi "nevrotik" hastalardan daha rahatsız olan ancak psikotik olmayan hastaları tanımlamak için kullandı (Bateman, 2011; Stern, 1938). Terim o zamandan beri bugünkü kullanımına dönüşmüştür.




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*Kimliğimin kim olduğumla bu kadar örtüşmemiş olmasını dilerdim.*

Antidepresan, antibipolar, antianksiyete ve antipsikotik ilaçlar, sınırda kişilik bozukluğu olan bazı kişilerin duygusal ve agresif fırtınalarını yatıştırmaya yardımcı olmuştur (Markovitz, 2018; Bridler ve diğerleri, 2015). Çoğu uzman, bu bozukluk için psikotropik ilaç tedavisinin büyük ölçüde psikoterapi yaklaşımlarına ek olarak kullanılması gerektiğine inanmakta ve aslında birçok hasta, psikoterapi ve ilaç tedavisinin bir kombinasyonundan fayda görmektedir (Skodol, 2018).

## Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Bir zamanlar *histerik kişilik bozukluğu* olarak adlandırılan **histriyonik kişilik bozukluğuna** sahip kişiler son derece duygusaldır -tipik olarak "duygusal olarak yükü fazla" olarak görülürler ve sürekli olarak bir şekilde dikkati üzerlerine çekmeye çalışırlar (APA, 2013). Abartılı ruh hâlleri ve muhtaçlıkları, aşağıdaki Lucinda'nın durumunda gördüğümüz gibi hayatlarını önemli ölçüde karmaşıklaştırabilir:

*Yaklaşmakta olan boşanmasından dolayı mutsuz olan Lucinda, psikolojik destek almaya karar verdi. İlk seansına gayet açık bir bluz ve son derece kısa bir etek gibi biraz kışkırtıcı bir kıyafetle geldi. Saçlarıyla çok fazla uğraşmıştı ve aşırı miktarda makyaj yapmıştı -çok da dikkatlice yapmıştı..*

*Ayrılık hakkında sorular sorulduğunda Lucinda önce terapiste ona Cindy demesi konusunda ısrar etti ve "Bütün yakın arkadaşlarım bana böyle diyor ve sizin ve benim burada çok iyi arkadaş olacağımızı düşünmek hoşuma gidiyor." dedi. Kocası Morgan'ın aniden onu terk ettiğini "Muhtemelen beyni, genç bir fahişe tarafından yıkanmıştır." diyerek ayrılmalarını dramatik bir şekilde anlatmaya devam etti. Beş dakika içinde sesi fısıltılardan ızdırap çığlıklarına ve tekrar fısıltılara kadar değişti; bazı noktaları işaret ederken kollarını dramatik bir şekilde salladı ve bazı noktalar üzerinde dururken tamamen hareketsiz kaldı.*

*Lucinda, Morgan ona boşanmak istediğini ilk söylediğinde devam edip edemeyeceğini bilmediğini söyledi. Çektiği acı aşikardı. Ne de olsa "inanılmaz ve inkar edilemez bir biçimde" çok yakın olmuşlardı ve Morgan aslında ona çok bağlıydı. Başlangıçta intihar etmeyi bile düşündüğünü ekledi. Ama elbette kendini toparlaması gerektiğini biliyordu. Yakınlarındaki pek çok insanın, onun güçlü olmasına ihtiyacı vardı. Bu pek çok insan, özellikle "sevgili arkadaşları" ve kız kardeşi ona güveniyordu. Hepsiyle derin ve özel ilişkileri vardı.*

*Terapiste Morgan olmazsa duygusal olarak ve her şekilde ona bakacak bir erkeğe ihtiyacı olacağını söyledi. Terapiste 30 yaşında bir kadına benzeyip benzemediğini sordu. Terapist cevap vermeyi reddettiğinde "Söylememen gerektiğini biliyorum." dedi.*

*Terapist konuyu tekrar Morgan'a getirmeye çalıştığında Lucinda huysuzlaştı ve "Bu tacizci hödük hakkında gerçekten konuşmamız gerekiyor mu?" diye tepki verdi. "Tacizci" kelimesine baskı yapan Lucinda, bununla ona yaptığı "zihinsel işkenceyi" kastettiğini söyledi. Ne de olsa Morgan, evlilikleri boyunca onu yetersiz ve değersiz olarak nitelendirmiş ve ona hayatındaki iyi olan her şeyin kendisinden kaynaklandığını söylemişti. Terapisti bunun Morgan'a ve evlilik hayatlarına dair biraz önce çizdiği pembe resimle çeliştiğini söylediğinde konuyu çabucak değiştirdi.*

*Seans sona erdiğinde Lucinda'nın terapisti Morgan ile görüşmenin onun için yararlı olabileceğini söyledi. Lucinda bu fikri beğendi ve "O zaman onun nasıl biri olduğunu siz de göreceksiniz!" dedi.*

*Terapist birkaç gün sonra Morgan ile tanıştığı zaman Lucinda'nın anlattığından çok farklı bir hikâye duydu. Morgan, "Cindy'yi gerçekten çok sevdim -hâlâ seviyorum- ama her zaman kontrolden çıkıyor, bana yetersiz olduğumu ya da onu umursamadığımı söylüyordu. Sık sık işte çok fazla zaman geçirdiğimden -asla haftada 30 saatten fazla çalışmam- ve ona ve onun ihtiyaçlarına çok az zaman ayırdığımdan şikayet ederdi. Artık onunla yaşamaya katlanamıyorum. Bu çok yorucu." dedi.*

*Morgan ayrıca Lucinda'nın neredeyse hiç yakın arkadaşı olmadığını belirtti. O ve kız kardeşi ayda bir telefonda konuşur ve yılda iki kez yüz yüze bir araya gelir. Girdiği ortamlarda insanlardan çok ilgi gördüğünü kabul etti. Ama "Giyinme şekline ve sürekli flörtleşmesine bakın. Bu kesinlikle insanların dikkatini çeker, onları bir süre etrafında tutar." diye belirtti.*

### #ÖzlüSözler

"Gerçekten kendimle meşgul olduğum zamanlarda farkında değildim. . . Ama sanırım bunca yıldır ihtiyacım olan şeyleri sağlayan ve hiç alamadığım bir terapi [DDT] geliştirdiğim doğru. "

Marsha Linehan, psikolog, 2011

**diyalektik davranış terapisi (DDT)** Özellikle sınırda kişilik bozukluğu ve / veya intihar niyeti vakalarında uygulanan kapsamlı bir tedavi yaklaşımı hem bireysel terapi seanslarını hem de grup seanslarını içerir.

**histriyonik kişilik bozukluğu** Aşırı duygusallık ve ilgi çekme örüntüsü ile karakterize edilen bir kişilik bozukluğu. Bir zamanlar histerik kişilik bozukluğu deniyordu.



Jim Sugar/Getty Images

**Geçici histerik belirtiler** Bu hevesli Harry Potter hayranları, serideki kitaplardan birinin gece yarısı lansmanında abartılı duygusallık ve kontrolsüzlükle kendilerini ifade ettiler. Bayılma, titreme ve konvülsiyonlar gibi benzer reaksiyonlar 1940'lara kadar uzanan müzikal idollerin konserlerinde yaygındı. Bu türden dışavurumcu hayranların basın tarafından düzenli olarak "histerik" veya "histriyonik" olarak tanımlanmasına şaşmamalı -bu tür davranışlar ve belirtilerle kendini gösteren kişilik bozukluğuna verilen isimle aynı.

Histriyonik kişilik bozukluğu olan insanlar, sıradan gündelik olayları tanımlamak için dramatik jestler ve üsluplar ve görkemli bir dil kullanarak her zaman "bir sahnede performans sergiler" gibidir. Bukalemun gibi izleyiciyi çekmek ve etkilemek için değişim göstermeye devam eder ve bu arayışta sadece dış görünüşlerini -son modaya göre- değil, aynı zamanda fikirlerini ve inançlarını da değiştirebilirler. Aslında konuşmaları ayrıntı ve içerik açısından tutarsızdır ve gerçekten kim olduklarına dair bir algıdan yoksun gibi görünürler.

Onay alma ve övgü, onların can damarlarıdır; abartılı duygusal durumlarına tanık olması için başkalarının da yanlarında olması gerekir. Kibirli, bencil, talepkâr ve hazzını uzun süre erteleyemeyen bu insanlar, ilgi arayışlarının önüne geçen küçük olaylara aşırı tepki verirler. Bazıları genellikle başkalarını manipüle etmek için intihar girişiminde bile bulunabilir (Bressert, 2016; APA, 2013).

Histriyonik kişilik bozukluğu olan kişiler, fiziksel hastalıklarını veya yorgunluklarını abartarak kendilerine dikkat çekebilirler (Kayhan ve ark. 2016). Ayrıca çok kışkırtıcı davranabilir ve hedeflerine cinsellikle baştan çıkarma yoluyla ulaşmaya çalışabilirler. Çoğu, nasıl göründükleri ve başkalarının onları nasıl algılayacakları konusuna takıntılıdır; genellikle parlak, göz alıcı giysiler giyerler. Kendilerine yakından ilgi gösteren insanları yakın arkadaşları gibi görerek ilişkilerinin derinliğini abartırlar.

Bu bozukluğun bir zamanlar kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğuna inanılıyordu ve klinisyenler uzun süre "histerik kadın eş" tanımını kullandılar (Novais ve diğerleri, 2015). Bununla birlikte araştırmalar, geçmiş tanılarda cinsiyet yanlılığı olduğunu ortaya çıkarmıştır (APA, 2013). Klinisyenlerin histriyonik ve antisosyal özelliklerden emin olunamayan vakaları değerlendirirken kadınlara erkeklerden daha fazla histriyonik kişilik bozukluğu tanısı koyduğu bilinmektedir. Araştırmalar, yetişkinlerin yüzde 1,8'inin bu kişilik bozukluğuna sahip olduğunu ve erkeklerin ve kadınların eşit derecede etkilendiğini göstermektedir (Morgan ve Zimmerman, 2018; APA, 2013).

**Kuramcılar Histriyonik Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Psikodinamik perspektif başlangıçta histeri vakalarını açıklamaya yardımcı olmak için geliştirildi desek yanlış olmaz (bk. Bölüm 8). Bu nedenle psikodinamik kuramcıların histriyonik kişilik bozukluğuna güçlü bir şekilde ilgi göstermeye devam etmesi hiç de şaşırtıcı değildir. Çoğu psikodinamik kuramcı, bu bozukluğu olan kişilerin çocukken soğuk ve kontrolcü ebeveynlere sahip olduklarına ve ebeveynleri tarafından sevilmediklerine ve terk edilmekten korktuklarına inanmaktadır (Paris, 2018; Horowitz ve Lerner, 2010). Derinlerde yatan kaybetme korkusuna karşı kendilerini savunmak için çocuklar, diğer insanların koruyucu davranmasını gerektiren krizler yaratarak dramatik bir şekilde davranmayı öğrenmiştir.

## #ÖzlüSözler

"Histerik olanlar her şeyde çok fazla anlam bulurlar. Depresyonda olanlar ise çok az şey bulur."

Mason Cooley, Amerikalı aforist

Bilişsel-davranışçı açıklamalar bunun yerine histriyonik kişilik bozukluğu olan kişilerin sahip olduğu eksiklik duygusuna ve aşırı telkin edilebilirliğe dayanır (Novais ve diğerleri, 2015; Blagov ve diğerleri, 2007). Bilişsel-davranışçı kuramcılar, bu bireylerin genel olarak dünyadan haberdar olmakla gittikçe daha az ilgilenmeye başladığını fark eder çünkü bu kişiler daha çok kendine odaklanmıştır ve duygusaldır. Bir sebeple yeterli deneyim ve birikime sahip olmadıklarını düşündüklerinden yaşamlarına yön vermek için önsezilere veya diğer insanlara güvenmek zorunda hissederler. Bu kuramcıların bazıları ayrıca bu bozukluğa sahip kişilerin kendilerine bakma konusunda çaresiz olduklarına dair genel bir varsayıma sahip olduklarına ve bu nedenle sürekli olarak ihtiyaçlarını karşılayacak başkalarını aradıklarına inanırlar (Beck ve diğerleri, 2015; Weishaar ve Beck, 2006).

Sosyokültürel, özellikle çok kültürlü kuramcılar, histriyonik kişilik bozukluğunun kısmen kültürel normlar ve beklentiler aracılığı ile ortaya çıktığına inanmaktadır (Mulder, 2018; Novais ve diğerleri, 2015). Son yıllara kadar toplumumuz kadınları gelişimleri boyunca çocuksu bir bağımlılığı sürdürmeye teşvik etmiştir. Histriyonik kişiliğin kibirli, dramatik ve bencil davranışı, aslında kültürümüzün bir zamanlar tanımladığı şekliyle kadın kimliğinin abartılması olabilir. Benzer şekilde bazı klinik gözlemciler histriyonik kişilik bozukluğunun, aleni cinselliği teşvik etmeyen Asya ve diğer kültürlerde daha az ve aleni cinsellik gösterilerine daha toleranslı olan Hispanik Amerikan ve Latin Amerika kültürlerinde daha sık teşhis edildiğini ileri sürmektedir (Patrick, 2007; Trull ve Widiger, 2003 ). Ancak araştırmacılar bu iddiayı henüz sistematik bir şekilde araştırmamıştır.

**Histriyonik Kişilik Bozukluğu Tedavisi** Histriyonik kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışmak; çeşitli talepler, öfke nöbetleri ve baştan çıkarıcılık nedeniyle çok zor olabilir. Diğer bir sorun da bu bireylerin sadece terapisti memnun etmek için önemli içgörülere sahipmiş veya tedavi sırasında değişmiş gibi davranabilmeleri olur. Bu tür sorunların üstesinden gelmek için terapistler objektif kalmalı ve katı mesleki sınırları korumalıdır (Sperry, 2016).

Bilişsel-davranışçı terapistler, bu bozukluğu olan kişilerin çaresiz olduklarına dair inançlarını değiştirmelerine ve ayrıca daha iyi, daha bilinçli düşünme ve problem çözme yolları geliştirmelerine yardımcı olmaya çalışmaktadır (Davidson, 2018; Beck ve diğerleri, 2015). Psikodinamik terapi ve çeşitli grup terapisi formatları da tedavide kullanılmaktadır (Caligor ve diğerleri, 2018; Novais ve diğerleri, 2015). Tüm bu yaklaşımlarda, terapistler nihayetinde danışanlarının aşırı bağımlılıklarını fark etmelerine, içsel tatmini bulmalarına ve kendilerine daha çok güvenmelerine yardımcı olmayı hedefler. Klinik vaka raporları, yaklaşımların her birinin yararlı olabileceğini göstermektedir. İlaç tedavisi, bazı hastaların sahip olduğu depresif belirtileri hafifletmenin bir yolu dışında sınırlı bir şekilde yardımcı olma eğilimindedir (Markovitz, 2018; Bock ve diğerleri, 2010).

## Narsisistik Kişilik Bozukluğu

**Narsisistik kişilik bozukluğu** olan kişiler genellikle büyüklenmeci bir tutum içindelerdir, hayranlık ile ilgi beklerler ve başkalarıyla empati kurmazlar (APA, 2013). Kendi büyük başarılarına, güçlerine veya güzelliğine inanarak etrafındakilerden sürekli ilgi ve hayranlık beklerler. Örneğin bu bölümün en başındaki örnek ile tanıştığımız Frederick, böyle bir insandı; aşağıda yer alan, evli ve tek çocuklu, 30 yaşındaki sanatçı Steven da:

*Steven, karısı evlilik danışmanlığına başvurmaları konusunda ısrar edince terapistin dikkatini çekti. Eşine göre Steven, "bencil, nezaketsiz ve hep işiyle meşgul" idi. "Evdeki her şey onun rahatı, ruh hâli ve arzuları etrafında dönmeliydi, başka kimsenin değil!" diyordu. Eşi, Steven'ın evliliğe oldukça yetersiz bir ekonomik destek dışında hiçbir katkıda bulunmadığını iddia etti. Tüm "olağan" sorumluluklardan kaçıyordu ve "ev işlerini hepten karısının sırtına yüklemeye" başlamıştı ve karısı "evin aşçısı ve bulaşıkçısı olmaktan bıkmış, annesi ve hizmetçisi olmaktan artık yorulmuştu."*

*Olumlu taraftan bakılırsa Steven'ın karısı, onun temelde "yetenek ve zekâya sahip nazik ve iyi huylu bir adam" olduğunu düşünüyordu. Ancak bu yeterli değildi. O, bir şeyler paylaşabileceği bir koca istiyordu. Aksine ona göre Steven "eş değil, bir anne" istiyordu, büyümek istemiyordu, "nasıl şefkat göstereceğini bilmiyordu, sadece istediği zaman almayı biliyordu, ne daha fazlasını ne daha azını biliyordu".*

*(devamı sonraki sayfada)*

#

### #KendiniBeğenmiş Portre

1746'dan 1766'ya kadar Danimarka hükümdarı olan Kral V. Frederick, aynı sanatçı Carl Pilo'ya en az 70 kez portresini yaptırmıştır (Shaw, 2004).

**narsisistik kişilik bozukluğu**
Kapsamlı bir büyüklenmecilik, hayranlık ihtiyacı ve empati eksikliği ile kendini gösteren bir kişilik bozukluğudur.

*Steven görüşmede nazik, kendini beğenmiş ve biraz da küçümseyen bir genç adam portresi sunmuştu. Ticari işler yapan bir sanatçı olarak çalışıyord, ancak dikkatini gerçekten resim yapmaya çevirebileceği akşamları ve hafta sonlarını dört gözle bekliyordu. Yaratıcı çalışmalarında kendini ifade edebilmek için tüm boş zamanını ve enerjisini "kendini tatmin etmeye" adaması gerektiğini iddia etmişti...*

*Şu anki iş arkadaşları ve diğer arkadaşlarıyla olan ilişkileri keyifli ve tatmin ediciydi ancak çoğu insanın onu "biraz bencil, soğuk ve züppe" olarak gördüğünü söyledi. Düşüncelerini ve duygularını başkalarıyla nasıl paylaşacağını bilmediğini, onlardan çok kendisiyle ilgilendiğini ve belki de her zaman kendi "hazlarını başkalarınınkine tercih ettiğini" itiraf etti.*

*(Millon, 1969, s. 261-262)*

Narsisistik (Özsever) kişilik bozukluğu olan kişiler, büyüklenmeci bir kibre sahiptir. Başarılarını ve yeteneklerini abartır, başkalarının kendilerini üstün olarak görmelerini bekler ve genellikle kibirli olarak görünürler. Sorunlarının benzersiz olduğuna ve yalnızca diğer "özel", yüksek statülü kişiler tarafından takdir edilebileceğine inanarak arkadaşları ve dostları konusunda çok seçici davranırlar. Cazibeleri nedeniyle genellikle ilk etapta olumlu bir izlenim bırakırlar ancak uzun vadeli ilişkileri nadiren sürdürebilirler (Caligor ve Petrini, 2018).

**İnsanlar neden kibirli düzenbazlara örneğin sanat sahtekârlarına, mücevher hırsızlarına veya belirli türden "dolandırıcılara" hayranlık duyar?**

Steven gibi narsisistik kişilik bozukluğu olan insanlar nadiren başkalarının duygularıyla ilgilenirler. Hatta bu tür duygularla empati kuramayabilirler (Marcoux vd., 2014). Birçoğu, belki de kısmen kıskançlıktan kendi amaçlarına ulaşmak için diğer insanlardan faydalanır, aynı zamanda başkalarının da onları kıskandığına inanırlar. Büyüklenmeci olsalar da bazıları eleştiri veya hayal kırıklığına öfke, yetersizlik, aşağılanma veya küsme duygusuyla tepki verebilir (Caligor ve Petrini, 2018; Miller ve diğerleri, 2017). Bazıları ise soğuk bir şekilde kayıtsız kalarak tepki gösterebilir. Diğerleri ise yetersizlik, karamsarlık veya depresyon yaşarlar (Stanton ve Zimmerman, 2018; Gore ve Widiger, 2016). Hayal kırıklığı dönemleriyle değişen keyif dönemleri de olabilir (Ronningstam, 2017, 2011).

Yetişkinlerin yüzde 6,2'si narsisistik kişilik bozukluğu sergilemektedir, bunların yüzde 75'i erkektir (Caligor ve Petrini, 2018; APA, 2013). Narsisistik tip davranışlar ve düşünceler, gençler arasında yaygın ve normal görülebilir ve genellikle yetişkin narsisizmine yol açmaz (bk. ***Zihinsel Teknoloji***).

**Kuramcılar Narsisistik Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Psikodinamik kuramcılar narsisistik kişilik bozukluğu hakkında diğerlerinden daha fazla kuram geliştirmiş ve sorunun soğuk, reddeden ebeveynlerle başladığını öne sürmüşlerdir (Miller vd., 2017; Roepke ve Vater, 2014). Bu geçmişe sahip bazı insanların hayatlarını yetersiz, reddedilmiş, değersiz, utanmış ve dünyaya karşı temkinli olma hislerine karşı savunarak geçirdiğini savunurlar. Bunu kendilerine defalarca gerçekten mükemmel ve arzu edilir olduklarını söyleyerek ve başkalarından hayranlık bekleyerek yaparlar. Nesne ilişkileri kuramcıları -ilişkileri vurgulayan psikodinamik kuramcılar- büyüklenmeci benlik imajını, bu insanların kendilerini, kendi kendilerine tamamen yeterli olduklarına ve ebeveynleriyle veya başka herhangi biriyle sıcak ilişkilere ihtiyaç duymadıklarına ikna etmenin bir yolu olarak yorumlar (Kernberg, 2018). Psikodinamik kuramları destekleyen bilimsel çalışmalar ihmal edilen ve / veya istismara uğrayan veya evlat edinme, boşanma veya ölüm yoluyla ebeveynlerini kaybeden çocukların daha sonraki narsisistik kişilik bozukluğunun gelişimi için özellikle risk altında olduğunu bulmuştur (Caligor ve Petrini, 2018). Araştırmalar ayrıca bu bozukluğa sahip kişilerin gerçekten çeşitli ölçeklerde nispeten yüksek utanç ve reddedilme puanları aldıklarını ve temelde diğer insanların onlar için müsait olmadığına inandıklarını göstermektedir (Stanton ve Zimmerman, 2018; Miller ve diğerleri, 2017).



Richard Cline/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Senden etkilendim ama sonra kendimden de etkilendim."*

Bazı bilişsel-davranışçı kuramcılar, narsisistik kişilik bozukluğunun insanlara yaşamın erken dönemlerinde çok olumsuz değil, çok olumlu muamele edildiğinde de gelişebileceğini öne sürmektedir. Bazı çocukların,

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Özçekimler: Narsisistik mi Değil mi?



Sanat dünyasında insanlar yüzyıllardır kendi portrelerini çiziyorlar. Ancak son yıllarda dijital teknoloji, otoportrenin kuzeni olan özçekim fotoğraf çağını başlattı. Hemen hemen her cep telefonu kullanıcısının bir selfie/özçekim denediğini söylemek yerinde olacaktır. Aslında tüm gençlerin yüzde 90'ından fazlası artık çevrimiçi olarak kendi fotoğraflarını yayınlamaktadır (SMA, 2017; Pew Araştırma Merkezi, 2014) ve bazı tahminlere göre her gün yaklaşık 93 milyon özçekim çevrim içi olarak paylaşılmaktadır (Weigold, 2018; Whitbourne, 2016). Bu özçekim fotoğrafları öyle bir heyecan yaratmıştır ki birkaç yıl önce Oxford English Dictionary tarafından "özçekim (selfie)" kelimesi "Yılın Sözü" olarak seçilmiştir.



Peter Bernik/Shutterstock

Özçekim fenomeni büyüdükçe özçekimler hakkındaki görüşler de yoğunlaşmıştır (Diefenbach ve Christoforakos, 2017). Görünüşe göre insanlar özçekimi ya seviyor ya da nefret ediyor. Bu psikoloji alanında da geçerlidir. Bazı psikologlar, özçekimleri narsisist bir davranış biçimi olarak görürken diğerleri onları daha olumlu görmektedir.

İlki, olumsuz bakış açısı. Pek çok sosyokültürel kuramcı, toplumdaki narsisistik kişilik bozukluğu ile "narsisisizm dönemleri" arasında bir bağlantı olduğunu görür (Paris, 2014). Toplumdaki sosyal değerlerin periyodik olarak yıkıldığını ve nesiller boyu benmerkezci, materyalist gençlik ürettiğini öne sürerler. Bu kuramcılardan bazıları, günümüzün özçekim neslinin mevcut narsisizm çağının mükemmel bir örneği olduğunu düşünmektedir. Bu kuram büyük bir takipçi sayısı kazanmıştır ancak araştırmalar tarafından tam olarak desteklenmemektedir. Birkaç araştırmacı ekibi, insanların kaç tane özçekim yayınladıkları ile narsisizm kişilik ölçeklerinden ne kadar yüksek puan aldıkları arasında hiçbir ilişki bulamamıştır (Etgar ve Amichai-Hamburger, 2017; Alloway, 2014). Diğer araştırmacılar, narsisizm ölçeklerinden yüksek puan alan kişilerin ortalama sayıda özçekim yapmayı sevdiklerini, bu tür kişilerin pek çoğunun da özçekimden hoşlanmadığını bulmuşlardır (Kim ve diğerleri, 2016; Whitbourne, 2016). Dahası özçekim yayımlayan insanların büyük çoğunluğu narsisizm ölçeklerinden özellikle yüksek puan almamaktadır.

Narsisizm bakış açısına yönelik bu destek eksikliği özçekimlerin, özellikle tekrarlanan özçekim davranışlarının tamamen zararsız olduğu anlamına gelmez. Bir teknoloji psikoloğu olan Sherry Turkle, kendini fotoğraflamak için refleks şeklinde içgüdüsünün çevreyle daha derin ilişkileri sınırlayabileceğine veya olayları tam olarak deneyimlemeyi engelleyebileceğine inanmaktadır (Turkle, 2017, 2015, 2013; Eisold, 2013). Turkle ayrıca çok sayıda özçekim yayımlayan insanların, öz saygıları için dışardan onay arayışları bir klinik narsisizm düzeyine yükselmese bile genellikle bu tür bir onay aradıklarını öne sürmektedir.

Psikologlar ayrıca çok fazla "özçekim" yayımlamanın, yayınlayan kişinin sosyal medya profilini görenleri yabancılaştırabileceğini ileri sürer (Miller, 2013). Örneğin araştırmalar, insanların Facebook sayfasında çok fazla sayıda fotoğraf paylaşan arkadaşları ve aile üyeleri hakkında genellikle olumsuz görüşe sahip olduklarını göstermiştir (Houghton, 2013).

Olumlu tarafta ise bazı psikologlar, özçekim hareketi hakkındaki eleştiri ve endişelerin abartıldığına inanmaktadır. Medya psikoloğu Pamela Rutledge (2013) ile bu psikologlar özçekimlerin "teknoloji destekli kendini ifade etme" biçimin kaçınılmaz bir yan ürünü olduğu konusunda hemfikirdir. Rutledge, özçekim davranışlarının dijital öncesi neslin bireyleri için basitçe kafa karıştırıcı olduğunu iddia etmektedir. Dahası, özçekim eğiliminin kimliğin keşfini geliştirebileceği, kişinin ilgi alanlarını belirlemeye yardımcı olabileceği, sanatsal ifadeyi geliştirebileceği, insanların yaşam deneyimlerinin anlamlı bir anlatımını oluşturmalarına yardımcı olabileceği ve hatta daha gerçekçi vücut görüntülerini yansıtabileceği (ör., makyajsız "özçekimler") olasılıklarını da akla getirmektedir. Nitekim birkaç çalışma bu noktaları desteklemiş ve ayrıca özçekim çekmenin bu tür olumlu etkileri olabileceğine işaret etmektedir (Christensen, 2017).

Kısacası karşılaştığınız diğer teknolojik trendler gibi özçekim olgusu de şu ana kadar psikoloji alanındaki araştırmacılardan ve uygulayıcılardan karmaşık tepkiler almıştır.

"hayranlık duyan ya da çok seven" ebeveynleri onlara "öz saygılarına aşırı değer vermeyi" öğrettiklerinde onları küçük başarıları için ya da hiç başaramadıkları için tekrar tekrar ödüllendirdiklerinde üstün ve büyüklenmeci bir tutum kazandıklarını savunmaktadır (Caligor ve Petrini, 2018; Miller vd., 2017).

Pek çok sosyokültürel kuramcı, toplumdaki narsisistik kişilik bozukluğu ile "narsisizm dönemleri" arasında bir bağlantı olduğunu vurgular (Paris, 2014). Bazı toplumlardaki aile değerlerinin ve sosyal ideallerin periyodik olarak yıkıldığını ve bencil, materyalist ve kısa ilgi sürelerine sahip genç nesiller çoğaldığını öne sürer. Özellikle kendini ifade etmeyi, bireyciliği ve rekabeti teşvik eden Batı kültürlerinin bu tür narsisizm odaklı nesilleri oluşturma olasılığı yüksek olarak görülmektedir. Aslında dünya çapında yapılan bir araştırma, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nden katılanların en yüksek narsisizm puanlarına sahip olduğunu ve bunu bir azalma trendi

ile Avrupa, Kanada, Asya ve Orta Doğu'dan katılanların izlediğini ortaya koymuştur (Foster, Campbell ve Twenge 2003).

**Narsisistik Kişilik Bozukluğunun Tedavisi** Narsisistik kişilik bozukluğu, danışanlar zayıflıklarını kabul edemedikleri, davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini tam olarak göremedikleri veya başkalarından gelen geri bildirimleri dikkate alamadıkları için tedavi edilmesi en zor kişilik örüntülerinden biridir (Tanzilli vd., 2017; Ronningstam, 2017). Terapiste gelen danışanlar terapiye genellikle depresyon gibi ilişkili bir psikolojik sorun nedeniyle gelir (Caligor ve Petrini, 2018). Danışanlar tedaviye başladıktan sonra terapisti, üstünlük duygularını desteklemek için manipüle etmeye çalışabilirler (Skodol ve Bender, 2018, 2016). Bazıları ayrıca büyüklenmeci tutumlarını terapistlerine yansıtır ve onlara karşı bir sevgi-nefret gitgelleri gösterebilir (Sperry, 2016; Colli ve diğerleri, 2014).

Psikodinamik terapistler, bu bozukluğa sahip kişilerin altta yatan güvensizliklerinin ve savunmalarının farkına varmasına ve bunlarla çalışmasına yardımcı olmaya çalışır (Caligor ve diğerleri, 2018; Diamond ve Meehan, 2013). Bu tür bireylerin benmerkezci düşüncelerine odaklanan bilişsel-davranışçı terapistler, danışanlarının odağını başkalarının görüşlerine yeniden yönlendirmeye çalışır, onlara eleştiriyi daha rasyonel yorumlamayı öğretir, empati kurma yeteneklerini arttırır ve ya hep ya hiç düşünme biçimini değiştirir (Caligor ve Petrini, 2018; Beck ve diğerleri, 2015). Bununla birlikte bu yaklaşımların hiçbiri net bir başarıya sahip olmamıştır (Paris, 2018, 2014).

#KaçamakBakışlar

| | |
|---|---|
| %22 | Vitrinlerde ve benzerlerinde yansımalarını düzenli olarak kontrol eden kişilerin yüzdesi |
| %69 | En azından ara sıra kendilerine bakanların yüzdesi |
| %9 | Halka açık aynalarda veya pencerelerde asla kendine bakamayanların yüzdesi |

(Bilgi: Kanner, 2005, 1995)

## ...ÖZETLE...

**"DRAMATİK" KİŞİLİK BOZUKLUKLARI** DSM-5'teki kişilik bozukluklarından dördü, oldukça dramatik, duygusal veya düzensiz belirtilerle tanımlanır. Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip kişiler, başkalarının haklarını göz ardı etme ve ihlal etme davranışı sergiler. Bu bozukluğun açıklamaları, işlevsiz beyin devresine artan bir vurgu da dâhil olmak üzere psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve biyolojik faktörlere işaret eder. Bilinen hiçbir tedavi belirgin derecede etkili değildir. Sınırda kişilik bozukluğuna sahip kişiler, aşırı dürtüselliğin yanı sıra kişiler arası ilişkilerde, benlik imajında ve ruh hâlinde bir istikrarsızlık modeli sergiler. Bu bozukluğa yönelik açıklamalar, psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörlere ve özellikle biyososyal açıklama ve gelişimsel psikopatoloji açıklaması gibi bütünleştirici perspektiflere odaklanmıştır. Tedavi, özellikle diyalektik davranışçı terapi, görünüşe göre yardımcı olabilir ve bir miktar iyileşmeye sağlayabilir. Histriyonik kişilik bozukluğu olan kişiler, aşırı duygusallık ve ilgi arama modeli sergiler. Klinik vaka raporları, tedavinin ara sıra faydalı olduğunu göstermektedir. Son olarak narsisistik kişilik bozukluğuna sahip kişiler, bir büyüklenmecilik, hayranlık ihtiyacı ve empati eksikliği sergiler. Narsisizm, tedavisi en zor bozukluklardan biridir.

# "Kaygılı" Kişilik Bozuklukları

"Kaygılı" kişilik bozuklukları kümesi; *çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarını* içerir. Bu kalıplara sahip kişiler tipik olarak endişe ve korku dolu davranışlar sergiler. Diğer kişilik bozukluklarının çoğunda olduğu gibi farklı kuramsal açıklamalar için bilimsel araştırma desteği çok sınırlıdır. Aynı zamanda bu bozuklukların tedavileri orta derecede yardımcı gibi görünmektedir -diğer kişilik bozukluklarından önemli ölçüde daha iyidir.

## Çekingen Kişilik Bozukluğu

**çekingen kişilik bozukluğu** Sosyal durumlarda sürekli rahatsızlık ve kısıtlanmışlık, ezici yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirmeye aşırı duyarlılık ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

Çekingen kişilik bozukluğuna sahip kişiler sosyal durumlarda çok rahatsız ve çekingen, yetersizlik duyguları ile bunalmış hissederler ve olumsuz değerlendirmeye son derece duyarlılardır (APA, 2013). Reddedilmekten o kadar korkarlar ki hiç kimseye onları reddetme ya da onları kabul etme fırsatı vermezler:

*Belki de Malcolm'u terapi almaya iten şey, bir profesörün ev sahipliği yaptığı bir partide sosyalleşememe konusundaki acılı farkındalığıydı. Bilgisayar bilimleri programında birinci döneminde olan yüksek lisans öğrencisi Malcolm, aynı programdaki diğer öğrencilerin bu toplantıda dostça ilişkiler kurmasını sessizlik içinde acı çekerek izledi. Onlara katılmayı çok istiyordu ancak söylediği gibi "Herhangi biriyle nasıl konuşulacağı konusunda hiçbir fikrim yok gibiydi." Dünyanın en iyi hissinin oradan ayrılmak olduğunu düşünmüş. Ertesi pazartesi, üniversitenin psikolojik danışmanlık merkezine gelmiş ve bu arkadaş grubuna karışması gerektiğini fark etmiş ancak o sabah yapması gereken öğreticilik deneyimini "karşılaştığı en korkunç duygu" olarak tanımladı. Bir lisans öğrencisi olarak zamanının çoğunu bilgisayar laboratuvarında yeni programlar üzerinde çalışarak geçiriyordu ve bu en çok keyif aldığı şeydi çünkü "kimse bana bakmıyor ya da omzumun üstünden beni yargılamıyordu." Bunun aksine öğretim görevliliği yaptığı esnada... sürekli olarak geniş bir izleyici kitlesi önünde aptal durumuna düşme riskiyle karşı karşıya kaldığını hissediyordu.*

*Malcolm, daha önce keyif aldığı kişisel ilişkileri olup olmadığı sorulduğunda her etkileşimin bir tür hayal kırıklığı ve endişe kaynağı olduğunu dile getirdi. Üniversite için evden ayrıldığı andan itibaren yalnız yaşamıştı, toplantılara hep tek başına katılmıştı ve herhangi biriyle sohbet etmenin neredeyse imkânsız olduğunu düşünüyordu... İnsanların onu reddedeceği beklentisi... derin bir kasvete neden oluyordu... Bir ilişki kurma ve kabul görme özlemine rağmen Malcolm... tüm duygusal ilişkilerle arasında güvenli bir mesafe koymuştu. [O] başka insanlardan ve ihtiyaç duyduğu destek kaynaklarından uzaklaşmıştı... dikkatli olmayı, alay edilmeye karşı tetikte olmayı ve başkalarının en küçük sıkıntı ifadesine karşı her zaman tetikte olmayı öğrenmişti...*

*(Millon, 2011)*

Malcolm gibi insanlar, sosyal iletişim durumlarından aktif olarak kaçınırlar. Bu geri çekilmenin merkezinde eleştirilme, onaylanmama veya reddedilme korkusu gibi zayıf sosyal beceriler yatar. Sosyal durumlarda çekingen ve kuşkulardır, aptalca bir şey söylemekten veya kızararak veya gergin davranarak kendilerini utandırmaktan korkarlar. Yakın ilişkilerinde bile utanmaktan veya alay edilmekten korkarak kendilerini çok dikkatli ifade ederler.

Bu bozukluğa sahip insanlar, kendilerinin çekici olmadıklarına veya başkalarından aşağı olduklarına inanırlar. Yeni durumların potansiyel zorluklarını abartırlar, bu nedenle de nadiren risk alır veya yeni bir faaliyette bulunurlar. Genellikle yakın arkadaşları çok azdır veya hiç yoktur ancak aslında yakın ilişkiler için can atarlar ve



Michael Prince

**Sadece bir sahne** Bu çocuk, diğer çocuklar geçerken okulunun merdivenlerinde tek başına oturuyor. Bu davranış, acı verici bir şekilde utangaç olmanın, içine kapanık olmanın, kolayca utanmanın ve insanlardan rahatsız olmanın bir işareti olabilir. Erken mizaç genellikle yetişkin kişilik özellikleriyle bağlantılıdır ancak araştırmalar, çocukluğun ortak ve normal bir parçası olan aşırı utangaçlığın, yetişkinlikteki çekingen veya bağımlı kişilik bozukluğunun gelişimini zorunlu olarak öngördüğünü göstermemiştir.

## #UtangaçlıkUyarısı

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki insanların yüzde 40 ila 60'ı kendilerini utangaç olarak görüyor (Bressert, 2016).

sıklıkla kendilerini depresyonda ve yalnız hissederler. Bazıları yakın ilişkilerin yerine geçecek bir iç fantezi ve hayal dünyası geliştirir (Bressert, 2017; Millon, 2011).

Çekingen kişilik bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğuna benzer (bk. Bölüm 4) ve bu bozukluklardan birine sahip birçok kişi, diğerine de sahiptir (Pellecchia ve diğerleri, 2018). Benzerlikler aşağılanma korkusu ve düşük güvene odaklanır. Bazı kuramcılar, iki bozukluk arasında önemli bir fark olduğuna inanırlar -şöyle ki sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler öncelikle sosyal koşullardan korkarken kişilik bozukluğu olan kişiler yakın sosyal ilişkilerden korkma eğilimindedir. Ancak diğer bazı kuramcılar ise iki bozukluğun aynı temel psikopatolojiyi yansıttığına hatta birleştirilmesi gerektiğine inanır.

Yetişkinlerin en az yüzde 2,4'ü -erkeklerde kadınlar kadar sık- çekingen kişilik bozukluğuna sahiptir (Lampe ve Malhi, 2018; APA, 2013). Pek çok çocuk ve genç de acı çekecek kadar utangaçtır ve diğer insanlardan kaçınır ancak bu genellikle gelişimlerinin normal bir parçasıdır.

**Kuramcılar Çekingen Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Kuramcılar genellikle çekingen kişilik bozukluğunun kaygı bozuklukları ile aynı nedenlere sahip olduğunu varsayarlar -erken travmalar, koşullu korkular, üzücü inançlar veya biyokimyasal anormallikler gibi. Bununla birlikte sosyal kaygı bozukluğu haricinde, araştırmalar kişilik bozukluğunu doğrudan kaygı bozukluklarına bağlamamıştır (Herbert, 2007). Çekingen kişilik bozukluğunun psikodinamik ve bilişsel-davranışçı açıklamaları klinisyenler arasında en popüler olanlarıdır.

Psikodinamik kuramcılar, temelde çekingen kişilik bozukluğu olan kişilerin sahip olduğu genel utanç ve güvensizlik duygularına odaklanır (Lampe ve Malhi, 2018; Svartberg ve McCullough, 2010). Bazıları utancı erken dönemdeki dışkılama ve işeme kazaları gibi çocukluk deneyimlerine dayandırır. Ebeveynler bir çocuğu bu tür kazalar geçirdiği için defalarca cezalandırır veya onunla alay ederse çocuk olumsuz bir benlik imajı geliştirebilir. Bu, çocuğun yaşam boyunca sevilmez hissetmesine ve başkalarının sevgisine güvenmemesine yol açabilir.

Benzer şekilde bilişsel-davranışçı kuramcılar da erken dönemde çocukluktaki sert eleştiri ve reddin, bazı insanların çevrelerindeki diğerlerinin onları her zaman olumsuz yargılayacağını varsaymalarına yol açabileceğine inanırlar. Bu insanlar reddedilmeyi beklerler, başkalarının tepkilerini bu beklentiye uyacak şekilde yanlış yorumlarlar, olumlu geribildirimi önemsemezler ve genel olarak sosyal ilişkilerden korkarlar -çekingen kişilik bozukluğuna zemin hazırlarlar (Lampe ve Malhi, 2018; Weishaar ve Beck, 2006). Birçok çalışmada bu bozukluğu olan katılımcılardan çocukluklarını hatırlamaları istendiğinde açıklamaları hem psikodinamik hem de bilişsel-davranışçı öngörüleri desteklemektedir (Carr ve Francis, 2010; Herbert, 2007). Örneğin eleştirilmiş, reddedilmiş ve izole edilmiş hissettiklerini, ebeveynleri tarafından çok az teşvik edildiklerini ve ebeveyn sevgisini veya gururunu çok az deneyimlediklerini hatırlamışlardır.

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, çekingen kişilik bozukluğuna sahip çoğu insanın bozukluğun devam etmesine yardımcı olan bir başarısızlık olan etkili sosyal beceriler geliştiremediğini öne sürer. Bu açıklamayı destekleyen birçok çalışma, çekingen kişilik bozukluğu olan kişiler arasında sosyal beceri eksiklikleri bulmuştur (Moroni vd., 2016; Kantor, 2010). Fakat kuramcıların pek çoğu, bu eksikliklerin ilk olarak bireylerin bu kadar çok sosyal durumdan kaçınmasının bir sonucu olarak geliştiğini kabul eder.

**Çekingen Kişilik Bozukluğuna Yönelik Tedaviler** Çekingen kişilik bozukluğu olan insanlar, kabul ve şefkat bulma umuduyla terapiye gelir. Aynı zamanda terapistin samimiyetine güvenmeyebilir ve reddetmesinden korkmaya başlayabilir (Skodol ve Bender, 2018, 2016). Bu nedenle diğer bazı kişilik bozukluklarında olduğu gibi terapistin temel görevi, kişinin güvenini kazanmaktır (Skodol, 2017; Sperry, 2016).

Terapistler, güven inşa etmenin ötesinde çekingen kişilik bozukluğu olan insanları, sosyal kaygı bozukluğu ve diğer kaygı bozuklukları olan insanları tedavi ettikleri gibi tedavi etme eğilimindedir. Bu tür yaklaşımlar en azından mütevazı bir başarı elde etmiştir (Bernecker vd., 2017; Lampe, 2016). Psikodinamik terapistler, danışanların

### #Utangaç Rockçılar

Rock müziği, son derece utangaç, suskun tavırları olan yıldızlardan güçlü bir şekilde etkilenmiştir.

Popüler rock grubu The White Stripes'ın davulcusu Meg White kendisini "çok utangaç" olarak tanımlamış ve hem sahnede hem de nadiren verdiği röportajlar sırasında sık sık rahatsız görünmüştür. Grup onun "akut anksiyetesi" nedeniyle 2007 turunu iptal etmesinden sonra dağılmıştır.

Alternatif rock grubu My Bloody Valentine, genellikle seyircilere sırtlarını dönerek çalar ve onların şovları sırasında uzağa bakma eğilimlerine dayanan "shoegaze" adlı etkili bir pop hareketine öncülük eder.

Halk şarkıcısı Cat Power (Chan Marshall) ilk konserlerinin çoğunda seyirciye bakmamıştı ve şovları sırasında ya ağlayacaktı ya da sahneden kaçacaktı.

sahip olabilecekleri bilinçdışı çatışmaları fark etmelerine ve çözmelerine yardımcı olmaya çalışırlar (Caligor vd., 2018; Leichsenring ve Salzer, 2014). Bilişsel davranışçı terapistler, bireylerin üzücü inanç ve düşüncelerini değiştirmelerine, acı verici duygular karşısında durabilmelerine ve benlik imajlarını geliştirmelerine yardımcı olur (Davidson, 2018; Lampe, 2016).

Ayrıca insanların sosyal temaslarını kademeli olarak artırmalarını gerektiren sosyal beceri eğitimi ve maruz bırakma tedavileri de sunarlar (Kampmann ve diğerleri, 2016). Grup terapisi yaklaşımı özellikle bilişsel ve davranışçı ilkeleri uygulayan gruplar, danışanlara sosyal etkileşimlerde pratik sağlama avantajına sahiptir (Bressert, 2017). Antianksiyete ve antidepresan ilaçlar bozukluğu olan kişilerin sosyal kaygısını azaltmada bazen yararlıdır (Markovitz, 2018; Skodol, 2017).

## #ÖzlüSözler

"Hayatımız boyunca kişiliğimizi şekillendirmeye devam ediyoruz."
Albert Camus

## Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişilerde yaygın ölçüde aşırı bakıma ihtiyaç var gibidir (APA, 2013). Bunun bir sonucu olarak ebeveynlerinden, eşlerinden veya yakın ilişki içinde oldukları diğer kişilerden ayrılmaktan korkarlar. Başkalarına o kadar çok güvenirler ki kendileri için en küçük kararı bile veremezler. Lucas bu durum için bir örnektir.

*Grafik programcısı asistanı Lucas, babasıyla birlikte yaşayan 42 yaşında bekâr bir adamdır. Şu anda ciddi depresyon ve endişe duygularıyla boğuşmaktadır. Bu duygular, hayallerinin kadını ve müstakbel eşi olarak gördüğü Orena ile iki yıllık ilişkisinin bitmesiyle başlamıştı. Ama Lucas'ın babası Orena'dan hoşlanmıyordu ve Lucas'ın onunla evlenmesi fikrinden de kesinlikle hoşlanmamıştı. Aslında babası evlenmesini yasaklamıştı -yani orta yaşlı oğlunun rüyalarının kadınıyla evlenmesini yasaklamıştı.*

*Lucas öfkesini asla ifade edemeyeceğini bilmesine rağmen içten içe babasına çok kızmıştı. Bu fiziksel olarak babasından korktuğundan kaynaklanmıyordu. Korkusu psikolojikti. Lucas babasının ona kızmasını, hayal kırıklığına uğramasını, onunla konuşmamasını ya da ona destek vermemesini -şimdi ya da hiçbir zaman- riske atamazdı. O zaman kendi başının çaresine bakmak zorunda kalabilirdi ve bu düşünülemezdi. Bir düzeyde belki babasının haklı olduğunu, belki de Orena ile evlenmemesi gerektiğini düşündü. Her zaman babasının öğütlerine ve kararlarına uyardı. Kendini kötü kararlar veren bir insan olarak görüyordu -kendi başına büyük ya da küçük bir karar veremeyecek kadar kötü kararlar.*

*Böylece sonunda Lucas her zaman yapması gerektiğini bildiği şeyi yaptı -Orena'dan ayrıldı. Orena'yı incittiği için, bu kadar zayıf olduğu için, hayalinden bu kadar çabuk vazgeçtiği için utanıp kendini eleştiriyordu. Ama ne yapabilirdi ki? Kendini çaresiz ve başka bir eylemde bulunamayacak durumda hissediyordu.*

*Lucas, hayatının birçok alanında başarılı biri değildi. Şu anki 15 yıllık işi, yapabileceğinin en az iki kademesi altındaydı. Yıllar boyunca işte yükselme tekliflerini reddetti ve diğer grafik tasarım şirketlerinin tekliflerine de hiç yanıt vermedi. Sebep her zaman aynıydı: Hayır, ek sorumluluklar, özellikle de karar verme ve çalışanları yönetme sorumlulukları; bunlardan korkuyordu ve istemiyordu. Böylece aynı işte, aynı patron için, aynı rutinde çalışmaya devam ediyordu. Güvenilir ve çalışkan olarak kabul edilirdi -çalışma ortamında asla değişmeyen bir demirbaş gibiydi.*

*Sosyal hayatı da benzer şekilde mütevazı ve sıradandı. Sosyal hayatı Orena dışında tek bir arkadaşı (ömür boyu sürecek arkadaşlık) ile sınırlıydı. Bu arkadaşı ile haftada üç gece akşam yemeği ve bir etkinlik için bir araya geliyorlardı. Arkadaşı iptal ederse Lucas kendini kaybolmuş hissediyordu.*

*Büyürken Lucas'ın ablaları, annesi ve babası onu her zaman şımartıp korumuş ve her ihtiyacını karşılamıştı. Yine de çocukluğu boyunca korkulu ve çekingen olduğunu, her zaman bir aile üyesinin elini tutmak istediğini, kendi başına bir şey yapmaktan korktuğunu hatırlıyordu. Kız kardeşleri büyüyüp uzaklaştığında ve annesi öldükten sonra sadece kendisi ve babası kalmıştı. Başka bir şehirde üniversiteye gitmeyi düşünemezdi. Şüphesiz babası artık hayatındaki en önemli kişiydi. Babası biraz baskıcı olmakla birlikte Lucas'ı seviyor ve Lucas'ı koruma ve rehberlik etme şeklindeki aile geleneğini sürdürüyordu.*

Başkalarına bağlı olmak normal ve sağlıklıdır ancak bağımlı kişilik bozukluğu olanlar en basit konularda bile sürekli yardıma ihtiyaç duyarlar ve aşırı derecede yetersizlik ve çaresizlik duyguları yaşarlar. Kendilerine bakamayacaklarından korkarak çaresizce arkadaşlarına veya akrabalarına yapışırlar.

**bağımlı kişilik bozukluğu** Bir yapışma ve itaat, ayrılma korkusu ve sürekli bakıma ihtiyaç duyma örüntüsü ile kendini gösteren bir kişilik bozukluğu.

## #ÖzlüSözler

"İnsan doğasının en derin prensibi takdir edilmek için can atmasıdır."
William James, psikolog, 1896

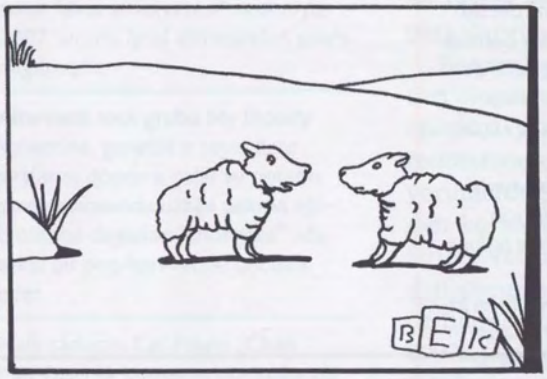
Daha önce gördüğünüz gibi çekingen kişilik bozukluğu olan kişiler ilişki *kurmakta* güçlük çekerler. Buna karşılık, bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler *ayrılık* konusunda zorluk yaşarlar. Yakın bir ilişki sona erdiğinde tamamen çaresiz ve yıkılmış hissederler ve boşluğu doldurmak için hızla başka bir ilişki ararlar. Birçoğu, kendilerini fiziksel veya psikolojik olarak taciz eden partnerlerle ilişkilerine ısrarla tutunmaktadır (Leemans ve Loas, 2016).

Kendi yeteneklerine ve kararlarına güvenmeyen bu türdeki insanlar, başkalarıyla çok nadir aynı fikirde olmaz ve onların kendileri için önemli kararların alınmasına bile izin verirler (Bressert, 2017; Gore ve Widiger, 2015). Nerede yaşayacaklarına, hangi işe sahip olacaklarına ve hangi komşularla arkadaş olacaklarına karar vermek için bir ebeveyne veya eşe muhtaç olabilirler. Reddedilmekten çok korktukları için onaylanmamaya aşırı duyarlılardır ve rahatsız edici veya aşağılayıcı görevler için gönüllü olmak anlamına gelse bile diğer insanların istek ve beklentilerini karşılamaya devam ederler.

Bağımlı kişilik bozukluğu olan pek çok kişi sıkıntılı, yalnız ve üzgün hisseder; genellikle kendilerini sevmezler. Bu nedenle depresif, kaygı ve yeme bozuklukları açısından risk altındalardır (Bornstein, 2016, 2012, 2007). Ayrılık korkusu ve çaresizlik duyguları, özellikle bir ilişkinin bitmek üzere olduğuna inandıklarında onları intihar düşüncelerine yatkın bırakabilir.

Araştırmalar, nüfusun yüzde 1'inden daha azının bağımlı kişilik bozukluğu yaşadığını göstermektedir (Morgan ve Zimmerman, 2018; APA, 2013). Yıllardır klinisyenler bu modeli erkeklerden daha fazla kadınların sergilediğine inanıyordu ancak son dönemki bazı araştırmalar bozukluğun erkeklerde de kadınlarda olduğu kadar yaygın olduğunu göstermektedir (APA, 2013).

**Kuramcılar Bağımlı Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Bağımlı kişilik bozukluğu için psikodinamik açıklamalar, depresyon için olanlara benzerdir (Sperry, 2016; Svartberg ve McCullough, 2010). Freudcu kuramcılar, örneğin gelişimin oral döneminde çözülmemiş çatışmaların ömür boyu sürecek bir bakım ihtiyacına yol açabileceğini ve böylece bağımlı kişilik bozukluğu olasılığını artırabileceğini savunurlar (Bornstein 2012, 2007, 2005). Benzer şekilde nesne ilişkileri kuramcıları, erken dönemde ebeveyn kaybı veya reddinin normal bağlanma ve ayrılma deneyimlerini bozabileceğini ve bazı çocukları yaşamları boyunca devam eden terk edilme korkusuyla baş başa bırakabileceğini söylemektedir (Kernberg, 2018; Caligor ve Clarkin, 2010). Diğer psikodinamik kuramcılar ise tam tersine bu bozukluğa sahip birçok insanın ebeveynlerinin aşırı ilgilendiğini ve aşırı korumacı olduğunu, dolayısıyla çocuklarının bağımlılığını, güvensizliğini ve ayrılık kaygısını artırdığını öne sürmektedir (Sperry, 2016).



Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Öz güvenim o kadar düşüktü ki gittiği her yerde onu takip etmiştim."*

Bilişsel-davranışçı kuramcılar, bağımlı kişilik bozukluğuna ilişkin açıklamalarında hem davranışçı hem de bilişsel faktörlere işaret ederler. Davranışçı alanda bağımlı kişilik bozukluğu olan kişilerin ebeveynlerinin, çocuklarının yapışmasını ve "sadık" davranışlarını istemeden ödüllendirirken aynı zamanda bağımsızlık eylemlerini, belki de sevgiyi geri çekerek cezalandırdıklarını ileri sürerler. Alternatif olarak bazı ebeveynlerin kendi bağımlı davranışları çocukları için model görevi görmüş olabilir (Bornstein, 2012, 2007). Bilişsel alanda kuramcılar bu bozukluğun ortaya çıkmasına ve sürdürülmesine yardımcı olan iki uyumsuz eğilimi tanımlar: (1) "Dünyayla başa çıkmak için yetersiz ve çaresizim." ve (2) "Beni koruyacak bir kişi bulmalıyım bu şekilde başa çıkabilirim." İkili (siyah-beyaz) düşünme de kilit bir rol oynayabilir: "Eğer bağımlı olacaksam tamamen çaresiz olmalıyım." veya "Eğer bağımsız olacaksam tamamen yalnız kalmalıyım." Bu tür düşünme, hastaların özerk olma çabalarını ketler (Beck vd., 2015; Borge vd., 2010).

**Bağımlı Kişilik Bozukluğu Tedavisi** Terapide bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler genellikle tedavileri ve iyilik halleri için tüm sorumluluğu klinisyene yükler. Bu nedenle terapinin temel görevi, danışanların kendi sorumluluklarını kabul etmelerine yardımcı olmaktır (Bressert, 2017; Sperry, 2016).

Bir eşin veya ebeveynin baskıcı davranışları bir danışanın belirtilerini güçlendirmeye yardımcı olabileceğinden bazı klinisyenler çift veya aile terapisi hatta eş veya ebeveyn için ayrı terapi önermektedir (Lebow ve Uliaszek, 2010).

Bağımlı kişilik bozukluğunun tedavisi en azından bir miktar yardımcı olabilir. Bu durum için psikodinamik terapi, bağımlılık ihtiyaçlarının terapiste *aktarılması* dahil olmak üzere depresyondaki insanlara yönelik psikodinamik terapi ile aynı konuların çoğuna odaklanır (Caligor ve diğerleri, 2018). Bilişsel-davranışçı terapistler, danışanların hayatlarının kontrolünü ele geçirmelerine yardımcı olmak için davranışsal ve bilişsel müdahaleleri birleştirir. Davranışsal uçta terapistler genellikle bireylerin ilişkilerinde kendi isteklerini daha iyi ifade etmelerine yardımcı olmak için girişkenlik eğitimi verir (Bressert, 2017; Farmer ve Nelson-Gray, 2005). Bilişsel uçta ise terapistler danışanların yetersizlik ve çaresizlik varsayımlarına meydan okumalarına ve değiştirmelerine yardımcı olmaya çalışır (Beck ve diğerleri, 2015). Çekingen kişilik bozukluğunda olduğu gibi grup terapisi formatı yararlı olabilir çünkü danışanlara tek bir baskın kişiden ziyade birkaç akranından destek alma fırsatı sunar (Bressert, 2017). Antidepresan ilaç tedavisi, kişilik bozukluğuna depresyon eşlik eden kişiler için yararlı olmuştur (Markovitz, 2018; Skodol, 2017).

## #Hayvan Özellikleri

Araştırmacılar, örümceklerden aslanlara kadar her türden hayvanın kişiliklerinde, davranışlarında ve tercihlerinde belirgin farklılıklar gösterdiğini keşfettiler. Örneğin koyunlar arasında bazıları lider, diğerleri takipçidir. Benzer şekilde koyunlar da bireysel korku, ses çıkarma, samimiyet ve dikkat dağınıklığı düzeylerinde farklılık gösterir. Bu farklılıklar genellikle yaşamları boyunca sabit kalır (Cherry, 2017; Angier, 2010).

# Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

**Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu** olan insanlar düzen, mükemmellik ve kontrolle o kadar meşguldür ki tüm esnekliği, açıklığı ve verimliliği kaybederler (APA, 2013). Joseph örneğinde olduğu gibi her şeyi "doğru" yapma endişeleri üretkenliklerini bozar:

*Joseph'e aylardır süren uykusuz geceler ve işinde artan hareketsizliği ve kararsızlıklarından sonra bir terapistten yardım alması tavsiye edildi. İlk görüşmede, aşırı düzeyde kendinden şüphe duyma ve suçluluk duyguları, uzun süreli gerginlik ve yaygın kaygıdan söz etti. Bu belirtileri aslında uzun süredir yaşadığı tespit edildi, şimdi ise sadece öncekinden daha belirgin durumdaydı.*

*Rahatsızlıktaki bu ani artışın tetikleyicisi, işindeki yakında gerçekleşecek bir değişiklikti. Yeni idareciler okulda görevi devralınca önceki gibi bölümdeki eğitmenlik görevine dönmesi için ondan istifa etmesi istendi. İlk seanslarda Joseph büyük ölçüde öğrencilerle tekrar karşılaşma korkusundan bahsetti, yeniden ders verip veremeyeceğini merak etti ve derslerini disiplinli bir şekilde yapabileceğinden ve dersleriyle ilgilenmeye devam ettirebileceğinden şüphe etti. Bu konulardaki endişelerinin süreklilik arz ettiğini, yeni işine tam olarak konsantre olmadığını ve mevcut sorumluluklarını yerine getirmediğini söylüyordu.*

*Joseph, kabul etmesi istenen görev değişikliği nedeniyle yeni idarecilere karşı hiçbir zaman öfke ifade etmedi, "kararlarının rasyonelliğine" olan "tam güveni"ni defalarca dile getirdi. Yine de onlarla yüz yüze geldiğinde kekelediğini ve titrediğini gördü.*

*Joseph, ailedeki iki çocuktan küçüğüydü ve abisinden üç yaş küçüktü. Babası başarılı bir mühendis ve annesi lise öğretmeniydi. Her ikisi de "etkili, düzenli ve katı" ebeveynlerdi. Evdeki yaşam "günlük ve haftalık sorumluluk programları" ve "bir veya iki yıl önceden ayarlanmış tatiller" ile "son derece iyi planlanmıştı". Görünüşe göre hiçbir şey şansa bırakılmamıştı... Joseph "iyi çocuk" imajını benimsemişti. Abisine fiziksel, entelektüel veya sosyal olarak meydan okuyamadığı için bir "erdemli insan örneği" olmuştu. Titiz, özenli, sistemli ve düzenli davranarak mükemmeliyetçi ebeveynlerine karşı çıkmaktan kaçınabilir ve zaman zaman onlardan istediği muameleyi elde edebilirdi. Onların tavsiyelerine itaat ederdi, onların rehberliğini kutsal bir müjde gibi alırdı ve onların onayını almadan önce herhangi bir karar vermekte tereddüt ederdi. Abisiyle 6 ya da 7 yaşından önce "kavga ettiklerini" hatırlasa da "o andan itibaren öfkesini dizginlemiş ve bir daha asla anne babasını üzmemişti."*

*(Millon, 2011, 1969, s. 278-279)*

**obsesif kompulsif kişilik bozukluğu** Düzenlilik, mükemmeliyetçilik ve kontrole oldukça yoğun bir odaklanma ile kendini gösteren ve kişinin esnekliğini, açıklığını ve verimliliğini kaybetmesine neden olan bir kişilik bozukluğu.

### #KritikFarklılık

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler tipik olarak belirtilerini istemez veya beğenmez, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olanlar genellikle belirtilerini benimserler ve nadiren onlara direnmek isterler.

Joseph; kurallar, düzen ve işleri doğru yapmakla ilgilenirken büyük resmi görmekte güçlük çekmektedir. Bir görevle karşı karşıya kaldıklarında o ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişiler, organizasyona ve ayrıntılara o kadar odaklanır ki faaliyetin tam amacını kavrayamazlar. Sonuç olarak çalışmaları genellikle programın gerisindedir (Bazıları herhangi bir işi bitiremiyor gibi görünür.) ve boş zaman aktivitelerini ve arkadaşlıkları ihmal edebilirler (Mike ve diğerleri, 2017).

Bu kişilik bozukluğuna sahip kişiler, kendileri ve diğerleri için mantıksız bir şekilde yüksek standartlar belirlerler. Davranışları vicdani olmanın çok ötesine uzanır. Performanslarından asla tatmin olamazlar ancak genellikle yardım aramayı veya bir ekiple çalışmayı reddederler, başkalarının işi doğru yapmak için fazla dikkatsiz veya yetersiz olduğuna ikna olurlar. Hata yapmaktan çok korktukları için karar verme konusunda isteksiz olabilirler (Wheaton ve Pinto, 2017).

Ayrıca özellikle ahlak, etik ve değerler açısından katı ve inatçı olma eğilimindelerdir. Sıkı bir kişisel talimatname ekseninde yaşarlar ve bunu başkalarını değerlendirmek için de bir ölçüt olarak kullanırlar. İlgi, şefkat ifade etmekte güçlük çekerler ve ilişkileri bazen katı ve yüzeyseldir. Buna ek olarak genellikle zaman veya parakonusunda cimrilerdir. Bazıları yıpranmış veya işe yaramayan nesneleri bile atmaya kıyamaz (Pinto ve diğerleri, 2018; Riddle ve diğerleri, 2016).

Anketlere göre yetişkin nüfusun yüzde 7,9'u obsesif kompulsif kişilik bozukluğu sergilemektedir ve en çok tanı alan kimseler beyaz, eğitimli, evli ve çalışan kişilerdir (Skodol, 2017; APA, 2013). Erkeklerin bu bozukluğu sergileme olasılığı kadınlardan iki kat daha fazladır.

Birçok klinisyen, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ve *obsesif kompulsif bozukluğun* yakından ilişkili olduğuna inanır. Elbette bu iki bozukluk bazı özellikleri paylaşır ve bu bozukluklardan birinden muzdarip birçok kişi, diğer bozukluğun tanı kriterlerini de karşılar (Starcevic ve Brakoulias, 2017). Bununla birlikte kişilik bozukluğu olan kişilerin obsesif kompulsif bozukluktan ziyade majör depresif bozukluk, kaygı bozukluğu veya madde kullanım bozukluğundan daha fazla muzdarip olduklarını belirtmek gerekir (Brakoulias ve diğerleri, 2017). Aslında araştırmacılar obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk arasında tutarlı bir ilişki bulamamışlardır (Starcevic ve Brakoulias, 2017, 2014).

**Kuramcılar, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunu Nasıl Açıklar?** Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun çoğu açıklaması iki bozukluk arasındaki bağlantıyla ilgili şüphelere rağmen ağırlıklı olarak obsesif kompulsif bozukluğun açıklamalarına benzer. Bu açıklamalar için de bilimsel araştırma kanıtları sınırlıdır.

**Tuvalet sorunu** Freud'a göre tuvalet eğitimi genellikle bir çocukta öfke yaratır. Ebeveynler yaklaşımlarında çok sertse çocuk anal aşamada takılabilir ve daha sonraki yaşamında obsesif kompulsif davranışlara yatkın hâle gelebilir.

Freudcu kuramcılar, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişilerin *anal tutucu* olduklarını öne sürerler. Yani anal dönemdeki aşırı sert tuvalet eğitimi nedeniyle öfkeyle dolarlar ve bu aşamada *takılı* kalırlar. Öfkelerini kontrol altında tutmak için hem öfkelerine hem de bağırsak hareketlerine sahip olma içgüdülerine ısrarla direnirler. Buna karşılık son derece düzenli ve ölçülü hâle gelirler, çoğu tutkulu bir koleksiyoncu olur. Diğer psikodinamik kuramcılar, ebeveynlerle kontrol ve bağımsızlık üzerine herhangi bir erken çatışmanın, bu kişilik bozukluğunun kökenindeki agresif dürtüleri ateşleyebileceğini öne sürmektedir (Kanehisa ve diğerleri, 2017; Bartz ve diğerleri, 2007).



Design Pics/Misty Bedwell/Getty Images

Bilişsel-davranışçı kuramcıların obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun kökenleri hakkında söyleyecek çok az şeyi vardır ancak mantıksız düşünme süreçlerinin bozukluğun devam etmesine yardımcı olduğunu öne sürerler (Paast ve diğerleri, 2016; Weishaar ve Beck, 2006). Örneğin katılık ve mükemmeliyetçiliğe neden olabilecek ikili düşünmeye işaret ederler. Benzer şekilde bu bozukluğa sahip kişilerin, hataların olası sonuçlarını yanlış okuma veya abartma eğiliminde olduklarına dikkat çekerler.

**Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunun Tedavisi** Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişiler genellikle kendilerinde yanlış bir şey

olduğuna inanmazlar. Bu nedenle başka bir rahatsızlıktan, en sık olarak da bir kaygı bozukluğundan veya depresyondan muzdarip olmadıkça veya kendilerine yakın biri tedavi görmesi konusunda ısrar etmedikçe tedavi aramaları olası değildir (Smith ve diğerleri, 2017; Bartz ve diğerleri, 2007).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişiler bazen psikodinamik veya bilişsel davranışçı terapiye iyi yanıt verir (Smith ve diğerleri, 2017; Kikkert ve diğerleri, 2016). Psikodinamik terapistler tipik olarak bu danışanların altta yatan duygularını ve güvensizliklerini fark etmelerine, deneyimlemelerine ve kabul etmelerine ve belki de risk almalarına ve kişisel sınırlarını kabul etmelerine yardımcı olmaya çalışırlar (Caligor ve diğerleri, 2018; Bressert, 2016). Bilişsel-davranışçı terapistler, danışanların ikili düşünmelerini - "ya hep ya hiç"-, mükemmeliyetçiliklerini, kararsızlıklarını, ertelemelerini ve kronik endişelerini değiştirmelerine yardımcı olmaya odaklanır (Davidson, 2018; Beck ve diğerleri, 2015). Bazı klinisyenler, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişilerin obsesif kompulsif bozukluğu olanlarda olduğu gibi serotonin artırıcı antidepresan ilaçlar olan SSRI'lara iyi yanıt verdiğini belirtmiştir fakat araştırmacılar bu konuyu henüz tam olarak incelememişlerdir (Markovitz, 2018; Pinto ve diğerleri, 2018, 2008).

### #ÖzlüSözler

"Çoğumuzun karakteri, otuz yaşına geldiğimizde alçı gibi sertleşir ve bir daha asla yumuşamaz."

William James, psikolog, 1887

## ... ÖZETLE...

**"KAYGILI" KİŞİLİK BOZUKLUĞU** DSM-5'teki kişilik bozukluklarından üçü, endişeli ve korkulu davranışlarla tanımlanır. Çekingen kişilik bozukluğuna sahip kişiler sürekli olarak rahatsızdır ve sosyal durumlardan kaçınır, yetersizlik duygularıyla bunalır ve olumsuz değerlendirmeye son derece duyarlıdır. Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler, sürekli olarak ilgilenilmeye ihtiyaç duyarlar, itaatkârlardır, yapışırlar ve ayrılıktan korkarlar. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan insanlar düzen, mükemmellik ve kontrolle o kadar meşguldür ki esnekliklerini, açıklıklarını ve etkinliklerini kaybederler. Bu rahatsızlıkları olan kişiler için çeşitli tedavi stratejileri kullanılmakta ve bunlar orta derecede yardımcı olmaktadır.

## Çok Kültürlü Faktörler: İhmal Edilen Araştırma Alanı

Mevcut DSM-5 kriterlerine göre kişilik bozukluğu olarak teşhis edilen bir davranış örüntüsü, "bireyin kültürünün beklentilerinden önemli ölçüde sapmalıdır" (APA, 2013). Bu teşhiste kültürün önemi ve kişilik bozukluklarına artan klinik ilgi göz önüne alındığında bu problemler üzerine çok kültürlü araştırmaların ne kadar az yapıldığını görmek dikkat çekicidir. Klinik kuramcıların bu konularda şüpheleri vardır ama bu alanda kültürel farklılıklar olduğuna dair maalesef çok az ikna edici kanıt vardır (Mulder, 2018; Ascoli ve diğerleri, 2017).

**Yetersiz Araştırma** Bu çeşitli insan grubunun gösterdiği gibi çok kültürlü bir ulus ve dünyada yaşıyoruz. Bununla birlikte psikologlar kişilik bozukluklarının gelişimi, özellikleri ve tedavisindeki kültürel ve ırksal farklılıklarla ilgili göreceli olarak az araştırma yaptılar.

Çok kültürlü araştırmaların eksikliği, aşırı duygudurum dalgalanmaları, yoğun öfke patlamaları, kendine zarar verme davranışı, terk edilme korkusu, boşluk duyguları, sorunlu ilişkiler ve kimlik karmaşası ile karakterize edilen sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili özel bir endişe kaynağıdır çünkü birçok kuramcı, cinsiyet ve diğer kültürel farklılıkların bu bozukluğun hem gelişiminde hem de teşhisinde özellikle önemli olabileceğine inanmaktadır.



digitalskillet/Shutterstock

Daha önce okuduğunuz gibi sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan insanların yaklaşık yüzde 75'i kadındır (Skodol, 2018, 2017). Her ne kadar kadınlar biyolojik olarak hastalığa daha yatkın olsa da veya tanı ön yargısı işe yarıyor olsa da bu cinsiyet farklılığı pek çok kadının çocukken maruz kaldığı olağanüstü travmaların bir yansıması olabilir (Daigre ve diğerleri, 2015).

Örneğin sınırda kişilik bozukluğu olan bazı kişilerin çocukluklarının duygusal travma, mağduriyet, şiddet ve

## #ÖzlüSözler

Hala çocukluğunun tutsağı olarak, yeni bir hayat yaratmaya çalışırken travmayı yeniden yaşıyor. "

Judith L. Herman, psikiyatrist ve yazar, 2015, 1992

istismar, bazen de cinsel istismarla dolu olduğunu hatırlayın. Bazı kuramcılar, bu tür deneyimlerin sınırda kişilik bozukluğunun gelişmesi için ön koşul olduğunu, toplumumuzdaki kadınların özellikle bu tür deneyimlere maruz kaldıklarını, aslında bozukluğun daha doğru bir şekilde görülmesi ve travma sonrası stres bozukluğunun özel bir formu olarak tedavi edilmesi gerektiğini iddia edebilirler. (Kulkarni, 2017; Sherry ve Whilde, 2008). Bu konuda sistematik araştırma sayısındaki azlıkla birlikte bu gibi alternatif açıklamaların denetlenmediği ve bu yönde tedavilerin de geliştirilmediğini söylemek gerekir.

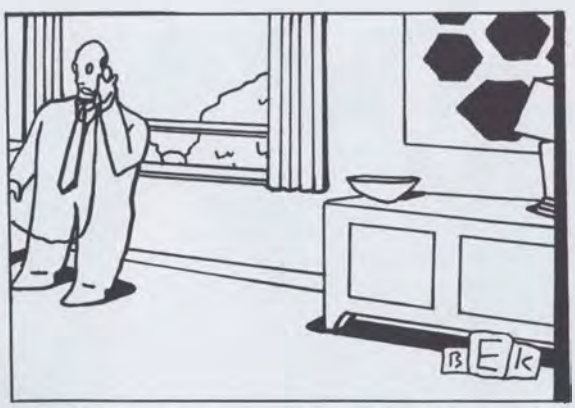
**Araştırmacılar, kişilik bozukluklarındaki kültürel, ırksal ve cinsiyet farklılıklarının incelenmesine neden görece az ilgi göstermiştir**

Bununla ilgili olarak, genellikle sınırda kişilik bozukluğundan önce meydana gelen çocukluk deneyimleri göz önüne alındığında bazı çok kültürlü kuramcılar, bozukluğun aslında kalıcı marjinallik, güçsüzlük ve sosyal başarısızlık duygularına bir tepki olabileceğine inanmaktadır (Sherry ve Whilde, 2008). Yani bozukluk psikolojik faktörlerden çok sosyal eşitsizliklere (cinsiyetçilik, ırkçılık veya homofobi dâhil) atfedilebilir.

Bu tür olasılıklar göz önüne alındığında son on yılda sınırda kişilik bozukluğuna ilişkin birkaç çok kültürlü çalışmanın yürütülmesi memnuniyetle karşılanmaktadır (Skodol, 2017; De Genna ve Feske, 2013). Bu girişimlerde araştırmacılar, çeşitli klinik popülasyonlarda kişilik bozukluğunun yaygınlığını değerlendirmiştir (Meaney ve diğerleri, 2016; Trull ve diğerleri, 2010; Chavira ve diğerleri, 2003). Hispanik Amerikalı bireylerin, sınırda kişilik bozukluğu teşhisi için Hispanik olmayan beyaz Amerikalı veya Afrika kökenli Amerikalılara göre daha fazla nitelikli olduklarını bulmuşlardır. Hispanik Amerikalıların bu bozukluğu sergileme olasılığı genellikle diğer kültürel gruplardan daha fazla olabilir mi ve eğer öyleyse neden? Bu tür sorular, kişilik bozukluklarına yönelik daha fazla çok kültürlü araştırma ihtiyacının altını bir kez daha çizmektedir.

## Kişilik Bozukluklarını Sınıflandırmanın Daha İyi Bir Yolu Var mıdır?

Daha önce okuduğunuz gibi DSM-5'in kişilik bozukluklarının teşhis edilmesi genellikle zordur ve yanlış teşhis edilmesi kolaydır, bu kategorilerin geçerliliği ve güvenilirliğiyle ilgili ciddi sorunlara işaret eden zorluklar vardır. Bu tür sorunların ışığında DSM-5'in kişilik bozukluklarına yaklaşımına yönelik önde gelen eleştiri, daha önce belirtildiği gibi sınıflandırma sisteminin bu tür bozuklukları kişiliğin *boyutlarından* ziyade *kategorileri* kullanarak tanımlamasıdır. Bugünün kuramcılarının çoğu, kişilik bozukluklarının, işlev bozukluğunun türüne göre *derece* olarak farklı olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle bozuklukların belirli özelliklerin varlığı veya yokluğundan ziyade temel kişilik özelliklerinin (veya boyutlarının) yoğunluğuna göre sınıflandırılması gerektiğini önermektelerdir (Anderson vd., 2018, 2016; Skodol, 2018). Böyle bir yaklaşımda her bir temel özellik (örneğin uyumsuzluk, dürüst olmama veya sadece kendisiyle ilgilenme), normal ve anormal arasında net bir sınırın olmadığı bir süreklilik boyunca değişken olarak görülecektir. Bir kişilik bozukluğu olan kişiler, bu temel özelliklerin birkaçını aşırı derecede -genel popülasyonda yaygın olarak bulunmayan derecede- sergileyen kişiler olacaktır (bk. ***Bilgi Merkezi***).




Bruce Eric Kaplan/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Affedersin -bugün kendimim."*

Klinisyenler kişilik sorunları olan kişilerin belirlenmesine yardımcı olmak için hangi temel kişilik boyutlarını kullanmalıdır? Bazı kuramcılar, "Büyük Beşli" kişilik kuramında tanımlanan boyutlara, yıllar boyunca kişilik psikologları tarafından büyük ilgi gören boyutlara, dayanmaları gerektiğine inanırlar.

# KARANLIK ÜÇLÜ

Son 15 yılda araştırmacılar, sosyal olarak saldırgan davranışlar üretmek için birlikte çalışan bir üçlü "kötü niyetli" özellik olan Karanlık Üçlü üzerinde çalıştılar (Garcia ve diğerleri, 2018; Muris ve diğerleri, 2017). Bu özelliklere sahip insanlar - narsisizm, psikopati ve Makyavelizm - kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarını muhtemelen gizlice zayıflatma eğilimindedir (Whitbourne, 2013).

Bu özelliklerden sadece birine sahip bireyler genellikle başkalarının ihtiyaçlarını incitir, manipüle eder veya göz ardı eder. Ancak her üç özelliğe sahip olanlar özellikle bencildir ve diğerleri için ciddi sorunlar yaratırlar. Karanlık Üçlü derecelendirme ölçeklerinde yüksek puan alan kişiler bir kişilik bozukluğu sergileyebilir, ancak daha sıklıkla, çok az sıkıntı veya bozulma yaşarlar ve kişisel, sosyal ve mesleki alanlarda yeterince, bazen oldukça etkili bir şekilde işlev görürler.

## KARANLIK ÜÇLÜ NEDİR?

**Narsisizm**
Kendine hayran
Bencil
Hayranlık arayan
Özel tedavi arayan
Aşırı yetkili
Memnuniyet arayan



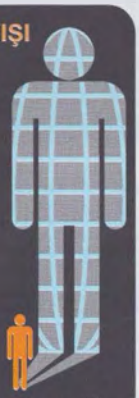

**Psikopati**
Duygusuz
Duyarsız
Antisosyal
Anlayışsız
Vicdansız
Kısıtlanmış

**Makyavelizm**
Manipülatif
Kendiyle ilgilenen
İki yüzlü
Alaycı
Ahlak dışı
Kendi çıkarlarına odaklanmış

(Jones & Paulhus, 2017; Muris vd., 2017; Whitbourne, 2013)

### KARANLIK ÜÇLÜ ARAYIŞI OLAN İNSANLAR ...

- Güç
- Statü
- Sosyal baskınlık
- Anında ödüller
- Sınırsız kişisel kazançlar
- Heyecan
- Madde ile ilgili yüksek değerler



(Jonason vd., 2017; Muris vd., 2017; Vedel ve Thomsen, 2017)

## KARANLIK ÜÇLÜ HAYATIN TÜM ALANLARINI ETKİLİYOR

### KİŞİSEL alan

**İnsanların ...**

Utanmaz
Kavgacı
Açgözlü
Şüpheli
Sahtekâr
Madde bağımlıları
Agresif Sürücüler

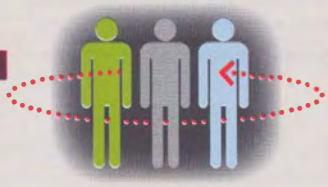


(Jones ve Paulhus, 2017; Muris vd., 2017; Burtaverde vd., 2016; Sabouri vd., 2016; Furnham vd., 2013)

### SOSYAL alan

**İnsanların ...**

Baskın
Önyargılı
Etik olmayan
Zorba
Dışa dönük
Agresif
Duyarsız



(Muris vd., 2017; Furnham vd., 2013)

KARANLIK ÜÇLÜ

### CİNSEL bölge

**İnsanlar daha çok ...**

Hızlı tatmin peşinde koşar
Sıradan seks arar
Agresif stratejiler gösterir
Cinsel fırsatçılık sergiler
Daha fazla cinsel partner arar
Cinsel sadakatsizlikte bulunur
Başkalarından partnerlerini çalar.



(Tsoukas ve March, 2018; Jonason vd., 2017, 2011, 2010, 2009; Furnham vd., 2013; Whitbourne, 2013)

### İşte

**İnsanlar daha çok ...**

Sorunlu iş ilişkileri olur
Toksik liderlik sergiler
Acımasızca kendini geliştirmeye çalışır
Hile yapar
Cinsel tacizde bulunur
Astların kariyer başarısını engeller
Astların kişisel refahını olumsuz etkiler



(de Vries, 2018; Jones ve Paulhus, 2017; Muris vd., 2017; Volmer vd., 2016; Zeigler-Hill vd., 2016)

## KİM KARANLIK ÜÇLÜYÜ SERGİLEMEYE DAHA MEYİLLİDİR?




**Erkek** > Kadınlar
**Hispanik olmayan beyaz Amerikalılar** > Etnik/ırksal azınlıklar
**CEOlar/üst düzey yöneticiler** > Yönetimde olmayan çalışanlar
**İnternet trolleri** > Kötü niyetli olmayan kullanıcılar

(Lopes ve Yu, 2017; Muris vd., 2017; Vedel ve Thomsen, 2017; Dahling vd., 2008; Twenge ve Foster, 2008)

### KARANLIK ÜÇLÜ VE BAŞARI




**İnsanlar...**

- Liderlik pozisyonlarına ulaşmaya
- Daha yüksek maaşlar kazanmaya
- Kariyer memnuniyeti yaşamaya
- Etkili pazarlık yapmaya meyillidir.

(Volmer vd., 2016; Lilienfeld vd., 2015; Spurk vd., 2015; Furnham vd., 2013)




Reuters/Matthias Hiekel/Pool

**Nefret bir bozukluk mudur?**

Başının arkasında "dazlak" ifadesi bulunan bu adam, yabancılara ve liberallere karşı Neonazi suçları işlediği için Almanya'da yargılanmayı bekliyor. Klinisyenler bazen, özellikle paranoid, antisosyal ve bazı diğer kişilik bozuklukları olan hastalar arasında aşırı ırkçılık ve hoşgörüsüzlükle karşılaşırlar. Aşırı nefret ve önyargıyı psikolojik bir bozukluk olarak sınıflandırmak için küçük ama büyüyen bir hareket vardır.

## Kişilik ve Kişilik Bozukluklarının Beş Büyük Faktör Kuramı

Farklı popülasyonlarla yürütülen geniş bir araştırma grubu tutarlı bir şekilde kişiliğin temel yapısının beş "süper özellikten" veya faktörden *-nevrotiklik, dışa dönüklük, deneyimlere açıklık, uyumluluk ve sorumluluk-* oluşabileceğini öne sürmektedir (Wilt ve Revelle, 2019; Chapman ve diğerleri, 2017). Sıklıkla "Büyük Beşli" olarak adlandırılan bu faktörlerin her biri, bir dizi alt faktörden oluşmaktadır. Örneğin kaygı ve düşmanlık, nörotisizm faktörünün alt faktörleri iken iyimserlik ve samimiyet dışa dönüklük faktörünün alt faktörleridir. Kuramsal açıdan herkesin kişiliği bu süper özelliklerin bir kombinasyonu ile özetlenebilir. Bir kişi yüksek düzeyde nörotisizm ve uyumluluk, orta düzeyde dışa dönüklük ve düşük düzeyde sorumluluk ve deneyimlere açıklık gösterebilir. Bunun aksine başka bir kişi yüksek düzeyde uyumluluk ve sorumluluk, orta düzeyde nörotisizm ve dışa dönüklük ve düşük düzeyde deneyimlere açıklık sergileyebilir ve bunun gibi bir çok farklı kombinasyon gösterebilir.

Büyük Beşli modelinin pek çok savunucusu, kişilik bozukluğu olan tüm insanları bu beş süper özellikte yüksek, düşük veya arada olarak tanımlamanın ve kişilik bozukluğunda kategorik yaklaşımın kullanımından tamamen vazgeçmenin en iyisi olacağını iddia etmektedir (Song ve Shi, 2017; Glover vd., 2011). Dolayısıyla hâli hazırda çekingen kişilik bozukluğu tanısı alabilecek belirli bir kişi bunun yerine yüksek düzeyde nörotisizm, orta düzeyde uyumluluk ve sorumluluk ve çok düşük düzeylerde dışa dönüklük ve yeni deneyimlere açık olmayla tanımlanabilir. Benzer şekilde şu anda narsisistik kişilik bozukluğu teşhisi konan bir kişi, Büyük Beşli yaklaşımında çok yüksek düzeyde nörotisizm ve dışa dönüklük, orta derecede sorumluluk ve deneyimlere açık olma ve çok düşük düzeyde uyumluluk sergiliyor olarak tanımlanabilir.

## Belirli Kişilik Özellikleri ile Belirlenmiş Kişilik Bozukluğu: DSM-5'te Önerilen Boylamsal Yaklaşım

Kişilik bozukluklarına yönelik "Büyük Beşli" yaklaşımı üzerine dikkate değer çalışmalar yapılmıştır ve bazı kuramcılar bunun Amerika Birleşik Devletleri'nde ve tüm dünyada resmî sınıflandırma yaklaşımı olarak kullanılmasını istemektedir. Bunun yerine ICD'yi (Amerika Birleşik Devletleri dışındaki çoğu ülkede kullanılan sınıflandırma sistemi) ve DSM'yi (Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan sınıflandırma sistemi) hazırlayanların her biri kişilik bozukluklarını sınıflandırmak için kendi boyutsal yaklaşımlarını geliştirdiler ve gelecek basımlarda bu yaklaşımları kullanmayı planlıyorlar. Aslında daha önce okuduğunuz gibi DSM-5'i hazırlayanlar, burada önerilen boyutsal yaklaşımların ayrıntılı bir açıklamasını zaten dâhil etmişlerdir. Böylece klinisyenler ve araştırmacılar tarafından incelenebilir ve test edilebilirdir (Hopwood ve Waugh, 2018).

DSM-5'in kişilik bozukluklarına yönelik önerilen boyutsal yaklaşımı, klasik olarak herhangi bir bozukluğun varlığı-yokluğunun ötesinde, süregelen kişilik özellikleri ve örüntüleri işlevselliklerini önemli ölçüde bozan insanlar için **kişilik özellikleri (treyt) belirteci ile tanımlanmış kişilik bozukluğu (KBKB)** denen bir tanı almaları gerektiği fikrine dayanır (APA, 2013). Bu teşhisi koyarken, klinisyenler ayrıca sorunlu özellikleri belirleyip listeleyecek ve bunların neden olduğu bozukluğun şiddetini derecelendirecektir. Öneriye göre KBKB tanısı için beş grup problemli özellik uygun olacaktır: *olumsuz duygulanım, diğer insanlardan uzak olma, karşıtlık, ketleme yoksunluğu ve psikotiklik.*

- **Olumsuz Duygulanım** Olumsuz duygulanım sergileyen kişiler, olumsuz duyguları sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar. Özellikle şu özelliklerden bir veya daha fazlasını sergilerler: *duygusal değişkenlik* (dengesiz duygular), *endişe, ayrılığa ilişkin güvensizlik, sürdürme* (tekrarlanan başarısızlıklara rağmen belirli davranışların tekrarlanması), *boyun eğme, düşmanlık, depresiflik, şüphecilik ve güçlü duygusal tepkiler* (duygusal olarak aşırı tepkiler uyandıran durumlara).



© Joshua Sudock/ZUMA Press/Newscom


Photo courtesy of Everett Collection

- **Diğer İnsanlardan Uzak Olma** Diğer insanlardan uzak olan insanlar, başkalarından ve sosyal etkileşimlerden uzaklaşma eğilimindedir. Aşağıdaki özelliklerden herhangi birini sergileyebilirler: *sınırlı duygusal tepkisellik* (duygusal olarak uyarıcı durumlara çok az tepki), *depresiflik, şüphecilik, geri çekilme, anhedoni* (zevk alamama veya hiçbir şeye ilgi duyamama) *ve yakınlıktan kaçınma.* Bu gruptaki iki özelliğin -depresiflik ve şüphecilik- negatif duygulanım grubunda da bulunduğunu fark etmişsinizdir.
- **Karşıtlık** Karşıtlık veya antagonizm sergileyen insanlar, onları diğer insanlarla çatışmaya sokacak şekilde davranırlar. Şu özelliklerden herhangi birini sergileyebilirler: *manipülatiflik, sahtekarlık, büyüklenmecilik, dikkat çekme, duyarsızlık ve düşmanlık.* Düşmanlık, olumsuz duygulanım grubunda da bulunur.
- **Ketleme yoksunluğu** Ketleme yoksunluğu sergileyen insanlar, gelecekteki potansiyel sonuçları düşünmeden dürtüsel olarak davranırlar. Şu özelliklerden herhangi birini sergileyebilirler: *sorumsuzluk, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, risk alma ve kusurluluk / düzensizlik.*
- **Psikotiklik** Psikotiklik sergileyen insanlar alışılmadık ve tuhaf deneyimler yaşarlar. Aşağıdaki özelliklerden herhangi birini sergileyebilirler: *olağandışı inançlar ve deneyimler, eksantriklik ve bilişsel ve algısal düzensizlik* (garip düşünce süreçleri ve duyusal deneyimler).

Bir kişi, bu beş özellik grubundan herhangi biri tarafından veya hatta bu grupları oluşturan 25 özellikten sadece 1'i tarafından önemli ölçüde etkileniyorsa *KBKB* tanısı alabilir. Bu gibi durumlarda, tanıyı koyan uzman hangi özelliklerin bozulduğunu belirtecektir.

Örneğin 423. sayfada açıklanan 42 yaşındaki mutsuz grafik programcısı Lucas'ı düşünün. Hatırlayacağınız gibi Lucas, DSM-5'in mevcut kategorik yaklaşımı kapsamında hayatı boyunca babasına, annesine, kız kardeşlerine, arkadaşlarına ve iş arkadaşlarına aşırı bağımlılığından dolayı bağımlı kişilik bozukluğu tanısı için öngörülen tanı kriterlerini karşılamaktadır. DSM-5'te sunulan alternatif boyutsal yaklaşımı kullanarak bir uzman bunun yerine Lucas'ın olumsuz duygulanım özelliği grubunu karakterize eden birkaç özelliğin büyük oranda belirgin olduğunu ve yaşantısını olumsuz şekilde etkilediğini gözlemleyecektir. Örneğin "ayrılığa ilişkin güvensizlikten" büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu özellik onun kendi başına yaşamasını, kız arkadaşıyla evlenmesini, babasıyla aynı fikirde olmamasını, işte ilerlemesini ve sosyal hayatını genişletmesini engellemiştir. Buna ek olarak Lucas "boyun eğme", "kaygı" ve "depresiflik" özelliklerinden önemli ölçüde etkilenmiş görünmektedir. Bu resim göz önüne alındığında terapisti ona *ayrılığa ilişkin güvensizlik, boyun eğme, kaygı ve depresiflik gibi sorunlu özelliklere sahip kişilik özellikleri ile belirlenmiş kişilik bozukluğu* tanısı koyabilir.

**İşlevsiz çizgi film karakterleri** Günümüzün animasyon film karakterleri genellikle önemli kişilik kusurları veya bozuklukları sergiliyor. Bazılarının Angry Birds için olduğu gibi tek bir işlevsiz özelliği varken, South Park çocuklarının gösterdiği gibi, diğerlerinin sorunlu özellik "kümeleri" olabilir. Bazı gözlemciler, ikincisinin (özellikle soldan ikinci olan Cartman'ın) sürekli huysuzluk, otoriteye saygısızlık, saygısızlık, kendini beğenme, başkalarının duygularını umursamama, genel vicdan eksikliği ve başını belaya sokma eğilimi gösterdiğini öne sürüyor.

**kişilik özellikleri ile belirlenmiş kişilik bozukluğu (PDTS)** DSM'ye dâhil edilmek için araştırılan bir kişilik bozukluğu. İnsanlar bu teşhisi, bir veya daha fazla sorunlu özelliğin bir sonucu olarak davranışlarında önemli bir bozulma olduğunda alırlar.

## #ŞüphelenildiğiGibi

Yıllardır insanlar, köpekleri sevenlerin, kedileri sevenlerden psikolojik olarak farklı olabileceğinden şüpheleniyorlar. Araştırmalar bu tür spekülasyonları desteklemektedir (Cherry, 2017; Gosling vd., 2015). Yaklaşık 5.000 katılımcı, Beş Büyük kişilik envanterini doldurdu. Ortalama olarak "köpek insanları" dışa dönüklük, uyumluluk ve vicdanlılık konularında "kedi insanlarından" daha yüksek puan aldı. Buna karşılık, kedi insanları içe dönüklük ve merak (yani deneyimlere açıklık) konusunda daha yüksek puan aldı.

Bu boyutsal yaklaşıma göre, klinisyenler kişilik özellikleri belirteci ile tanımlanmış kişilik bozukluğu tanısı koyduğunda "az veya hiç sıkıntı yok" (Derecelendirme = 0) ile "aşırı düzeyde sıkıntı" (Derecelendirme = 4) arasında değişen beş puanlık bir ölçek kullanarak, kişinin özelliklerinin her birinin neden olduğu işlev bozukluğunun derecesini de belirlemelidir.

Lucas'ı bir kez daha düşünün. Muhtemelen DSM-5 önerisinde listelenen 25 özelliğin çoğunda "0", kaygı ve depresiflik özellikleri için "3" ve ayrılığa ilişkin güvensizlik ve boyun eğme özellikleri için "4" puanlarını almayı garanti edecektir. Hep birlikte aşağıdaki ağır ama bilgilendirici teşhisi alacaktı:

**Tanı:** Kişilik Özellikleri Belirteci ile Tanımlanmış Kişilik Bozukluğu
**Ayrılığa ilişkin güvensizlik:** 4 puan
**Boyun Eğme:** 4 puan
**Kaygı:** 3 puan
**Depresiflik:** 3 puan
**Diğer özellikler:** 0 puan

Kişilik bozukluklarına yönelik bu boyutsal yaklaşımın, DSM-5'in mevcut kategorik yaklaşımından gerçekten üstün olduğu sınanabilir. Bununla birlikte şimdiye kadar klinik toplulukta bariz bir ilgi de uyandırmıştır. Pek çok klinisyen, önerilen değişikliklerin tanı koyan uzmanlara çok fazla serbestlik sağlayacağına ve kişilik bozukluğu teşhislerini çok çeşitli kişilik kalıplarına uygulamalarına izin vereceğine inanmaktadır. Yine de bazı klinisyenler, önerilen yeni sistemin gereksinimlerinin çok külfetli veya karmaşık olduğundan endişelenmektedir. Bu nedenle bir dizi araştırmacı şu anda önerilen sistemin avantajlarını ve dezavantajlarını açıklığa kavuşturmak için çalışmalar yürütmektedir (Anderson vd., 2018, 2016; Skodol, 2018). Yalnızca zaman ve devam eden araştırmalar, alternatif sistemin kişilik bozukluklarının sınıflandırılması ve teşhisi için gerçekten yararlı bir yaklaşım olup olmadığını belirleyecektir.

### ...ÖZETLE...

**ÇOK KÜLTÜRLÜ FAKTÖRLER VE BOYUTSAL SINIFLANDIRMALAR** Alanın kişilik bozukluklarına odaklanmasının artmasına rağmen cinsiyet ve diğer çok kültürlü etkiler üzerine nispeten az araştırma yapılmıştır.

DSM-5'in mevcut kategorik yaklaşımının ortaya koyduğu önemli sorunlar göz önüne alındığında günümüzün bazı kuramcıları kişilik bozukluklarının boyutsal bir yaklaşımla tanımlanması ve sınıflandırılması gerektiğine inanmaktadır. Böylelikle DSM-5'in kurucuları "kişilik özellikleri ile belirlenmiş kişilik bozukluğu" modeli adı verilen boyutsal bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşımın açıklaması, DSM-5'in gelecekteki bir revizyonuna olası dâhil edilmesi için incelenmektedir.

## Kişilik Bozukluklarının Yeniden Keşfedilmesi ve Değerlendirilmesi

Yirminci yüzyılın ilk yarısında, klinisyenler kişilik dediğimiz benzersiz, kalıcı davranış kalıplarına derinden inanmış ve önemli kişilik özelliklerini tanımlamaya çalışmışlardır. Daha sonra insanların kendilerini içinde buldukları durumlar tarafından nasıl kolaylıkla şekillendirilebileceğini ve bir tepki oluşturabileceğini keşfetmişlerdir. Kişilik kavramı bir ölçüde eski şöhretini kaybetmiş gibi görünmekte hatta bazı çevrelerde neredeyse müstehcen bir kelime hâline gelmektedir. Kişilik bozukluklarının kategorik sınıflandırılması de benzer şekilde eleştirilmektedir. Psikodinamik ve hümanist kuramcılar klinik alana hakim olduğunda, *nevrotik kişilik bozuklukları* -günümüz kişilik bozukluklarına benzer bir dizi tanı- yararlı klinik kategoriler olarak kabul edilmiş ancak diğer modellerin etkisi arttıkça popülerlikleri azalmıştır.



### KLİNİK SEÇİMLER

Artık kişilik bozuklukları hakkında bir şeyler okuduğunuza göre, bu bölüm için etkileşimli vaka çalışmasını deneyebilirsiniz. Alicia'nın belirtilerini tespit edip edemeyeceğinizi görün ve belirtilerine göre bir teşhis önerin. Alicia için ne tür bir tedavi en etkili olur? ***Klinik Seçimlere*** erişmek için LaunchPad'e gidin.

Son 25 yılda kişilik ve kişilik bozukluklarına ilgi ciddi anlamda yeniden artmıştır. Vakalar arttıkça klinisyenler, katı kişilik özelliklerinin özel sorunlar oluşturduğu sonucuna varmışlar ve bu bozuklukları değerlendirmek için yeni nesnel testler ve görüşme kılavuzları geliştirerek sistematik bir araştırma furyasını harekete geçirmişlerdir (Clarkin, Livesley ve Meehan, 2018). Şimdiye kadar antisosyal ve sınırda kişilik bozuklukları en fazla araştırma yapılan kişilik bozukluklarıdır. Bununla birlikte DSM-5 şimdi gelecekte muhtemel kullanım için yeni bir boyutsal sınıflandırma yaklaşımını dikkate alırken ek araştırmalar yapılması muhtemeldir. Bu, klinisyenlerin bazı acil sorulara daha iyi yanıt vermesine olanak sağlayabilir: Farklı kişilik bozuklukları ne kadar yaygındır? Genel kişilik bozukluğu kategorileri ne kadar yararlıdır? Bu bozuklukları teşhis etmek için boyutsal bir yaklaşım ne kadar etkilidir ve hangi tedaviler en etkilidir?

## Anahtar Terimler

**kişilik**, s. 397
**kişilik özellikleri**, s. 397
**kişilik bozukluğu**, s. 397
**komorbidite**, s. 398
**kategorik**, s. 398
**boyutsal**, s. 398
**paranoid kişilik bozukluğu**, s. 399
**şizoid kişilik bozukluğu**, s. 401
**şizotipal kişilik bozukluğu**, s. 403
**antisosyal kişilik bozukluğu**, s. 405
**sınırda kişilik bozukluğu**, s. 410
**biyososyal yaklaşım**, s. 413
**gelişimsel psikopatoloji**, s. 413
**dezorganize bağlanma tarzı**, s. 413
**zihinselleştirme**, s. 413
**ilişkisel psikoanalitik terapi**, s. 414
**diyalektik davranışçı terapi (DDT)**, s. 414
**histriyonik kişilik bozukluğu**, s. 415
**narsisistik kişilik bozukluğu**, s. 417
**çekingen kişilik bozukluğu**, s. 420
**bağımlı kişilik bozukluğu**, s. 423
**obsesif kompulsif kişilik bozukluğu**, s. 425
**anal**, s. 426
**Büyük Beşli Kuramı**, s. 430
**Kişilik özellikleri belirteci ile tanımlanmış kişilik bozukluğu (KBKB)**, s. 430

## Hızlı Kısa Sınav

1. Kişilik bozukluğu nedir? s. 397-398
2. Her bir kişilik bozukluğunun neden olduğu sosyal ilişki sorunlarını tanımlayın. s. 397-427
3. Üç "eksantrik" kişilik bozukluğu nedir ve her birinin belirtileri nelerdir? s. 399-404
4. Paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarına hangi açıklamalar ve tedaviler uygulanmaktadır? s. 400-404
5. "Dramatik" kişilik bozuklukları nelerdir ve her bir bozukluğun belirtileri nelerdir? s. 405-418
6. Kuramcılar antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğunu nasıl açıklamaktadır? Bu bozukluklar için önde gelen tedavileri nelerdir ve ne kadar etkilidir? s. 407-415
7. Histriyonik ve narsisistik kişilik bozukluklarının önde gelen açıklamaları ve tedavileri nelerdir? Araştırma bu açıklamaları ve tedavileri ne kadar güçlü bir şekilde desteklemektedir? s. 416-420
8. Çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarını içeren kümenin adı nedir? Bu bozuklukların önde gelen açıklamaları ve tedavileri nelerdir ve araştırmalar bu açıklamaları ve tedavileri ne ölçüde desteklemektedir? s. 420-427
9. Araştırmacılar, farklı kişilik bozukluklarında kültürel ve ırksal farklılıkları ne kadar kapsamlı bir şekilde incelemektedir? s. 427-428
10. Kişilik bozukluklarını belirlemek ve tanımlamak için önerilen iki boyutsal yaklaşımı açıklayın. s. 430-432

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


bas poignet
4
4
5
3
4
4
3
AF6Z ZE4Y

BÖLÜM

14

# ...Çocuklarda ve Ergenlerde Sık Görülen Bozukluklar

*Cameron sekiz yaşındayken annesi onun için endişelenmeye başlamıştı. O kadar da tesadüfi olmayan bir şekilde, aynı zamanda öğretmeni de onun için endişeleniyordu. İkisinin de gördüğü şey üzgün ve görünüşe göre kaybolmuş küçük bir çocuktu. Cameron evde sadece uzanmak ve televizyon izlemek istiyordu. Ufak tefek ev işlerini yapıyor ve ebeveynlerinin sorularını mümkün olduğunca birkaç kelimeyle yanıtlıyor ancak kendisi neredeyse hiçbir zaman bir konuşma başlatmıyordu. Sadece ona yemesi söylendiğinde yemek yiyordu. Çok sevdiği iPad'ine çok az ilgi gösteriyordu ve bilgisayar oyunları oynamayı da bırakmıştı. Ayrıca Cameron artık oyun arkadaşı da aramıyordu. Annesi onu âdeta evlerinden uzak tutmaya çalışıyordu. Hiçbir şey ona zevk vermiyordu. Cameron'ın ayrıca baş ağrısından mide ağrısına kadar uzanan birtakım fiziksel sorunları da var gibi görünüyordu, bu fiziksel sorun her seferinde başka bir şey oluyordu ancak hekimleri her şeyin yolunda olduğunu söylemişti.*

*Okulda da benzer bir durum söz konusuydu. Cameron okulda uysal ve söz dinleyen bir çocuktu, öğretmeninin ondan istediklerini her zaman yerine getiriyordu ama bunu yaparken üzgün ve neşesiz görünüyordu. Sınıftaki konuşmalara nadiren katılıyordu. Sınıftan kafeteryaya veya okul bahçesine giderken diğer çocuklarla bir arada oluyordu ancak herkesle özellikle çok az iletişim kuruyordu. Okul psikoloğu onunla görüşme yaptığında hiç göz teması kurmadığını, fazla sesinin çıkmadığını ve nadiren gülümsediğini fark etti.*

*Danışman, Cameron'ın annesine ve öğretmenine onun mutsuzluğunu tetikleyen özel bir şey olup olmadığını sorduğunda ikisi de ikiz olan en iyi iki arkadaşının iki ay önce başka bir eyalete taşınmış olduğunu söyledi. Ama aynı zamanda, konu hakkında biraz daha düşündüklerinde bu aslında Cameron'ın değişiminin başlangıcı değildi. Arkadaşlarının taşınması kesinlikle işleri daha da kötüleştirmişti ancak onun bu üzgün ruh hâli, hareketsizliği ve yalnızlığı bu olaydan önce epey bir süredir zaten artarak devam ediyordu.*

---

*Ricky Smith 7 yaşındaydı... Bayan Smith kliniği ilk aradığında oğlunun "kontrolden çıkmış" olduğunu söyledi. Ricky'nin "çok dağınık olduğunu" ve "başının sürekli belaya girdiğini" söyledi...*

*Ricky... öğretmeni Bayan Candler'ın her zaman ona bağırdığını ve annesine onun hakkında notlar yolladığını söyledi. Ricky başlangıçta öğretmeninin ona neden bağırdığını bilmediğini söyledi ancak daha sonra bunun çoğunlukla sınıf kurallarına dikkat etmemesi veya uymaması ilgili olduğunu söyledi...*

*Ricky... birkaç tane arkadaşı olduğunu ama sık sık insanlardan uzak durmak zorunda kaldığını söyledi. Bunun nedeni, Bayan Chandler'ın onu okulda geçirdiği zamanın büyük bir bölümünde ödevlerini tamamlaması için sınıfta bir köşeye göndermesiydi. Ne yazık ki ödevlerinin çok azını başarıyla tamamlayabiliyordu. Ricky sınıfta sıkılmış, üzgün, yorgun ve kızgın hissettiğini söyledi...*

*Ricky, annesinin de ona çok sık bağırdığını söyledi... En mutlu hissettiği zamanların bisiklet sürdüğü zamanlar olduğunu çünkü o an kimsenin ona bağırmadığını ve bisikletiyle "istediği her yere gidebileceğini" söyledi...*

*Bayan Smith, Ricky'nin sınıfta neredeyse dayanılmaz olduğunu söyledi,... bir şey yapması istendiğinde ağlıyor, ayağını yere vuruyor ve öğretmenine saygısızlık ediyordu... Ayrıca oğlunun evde de genellikle "kontrolden çıkmış" şekilde davrandığını [da söyledi.] Annesinin komutlarını dinlemiyordu ve istediğini alana kadar sık sık evin içinde koşturuyordu. O ve oğlu sık sık ev ödevi, ev işleri ve onun kötü davranışları hakkında tartışıyorlardı... [Ayrıca] Ricky hiç yerinde duramıyordu ve okul materyallerinin çoğunu da sürekli kaybediyordu. Düzensizdi ve bu davranışlarının uzun vadeli sonuçlarını hiç umursamıyordu. Çocuğu süpermarket veya kilise gibi halka açık yerlerde de kontrol etmek zordu...*

*Ricky'nin öğretmeni bu bilgilere onun akademik performansının ortalamanın altında olduğu bilgisini de ekledi... Motivasyonu sağlandığında okuma ve matematik ödevlerini anlıyor ve tamamlıyordu ancak dikkati dağınık ve yetersizdi... Ricky [ayrıca] sürekli yanıt verilmesi gereken ihiyaçlarla defalarca kez sırasından kalkıyordu...*

*(Kearney, 2013, s. 62-64)*

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

BÖLÜM AKIŞI


- Çocukluk ve Ergenlik Dönemi
- Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları
  - Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık
  - Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarına Yönelik Tedaviler
- Çocukluk Çağı Depresyon ve Bipolar Bozuklukları
  - Majör Depresyon Bozukluğu
  - Bipolar Bozukluk ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
- Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu
  - Davranım Bozukluğunun Nedenleri Nelerdir?
  - Klinisyenler Davranım Bozukluğunu Nasıl Tedavi Eder?
- Dışa Atım Bozuklukları
  - Enürezis
  - Enkoprezis
- Nörogelişimsel Bozukluklar
  - Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu
  - Otizm Spektrum Bozukluğu
  - Entelektüel Yetersizlik
- Klinisyenler Çocukluk ve Ergenlik Dönemini Keşfediyor

## #ÖzlüSözler

"Gençliğin mutlu bir şey olduğu bir yanılsamadır, onu kaybedenlerin yanılsaması. "

W. Somerset Maugham, oyun ve roman yazarı

Cameron ve Ricky bazı psikolojik sorunların tipik özelliklerini göstermektedir. Bu bozukluklardan her ikisi de onların aile bağlarını, okul performanslarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte ancak bu etki bozukluklardan her birinde farklı bir şekilde ve farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Majör depresyon bozukluğu tanısı almaya uygun olan Cameron, karın ağrısı ve diğer fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sürekli üzüntülü olma, diğer insanlara ve etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ve bunlardan zevk alamama durumu ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Ricky'nin ise temel sorunu, dikkatinin kolaylıkla dağılması ve aşırı düzeyde hareketli ve dürtüsel olması gibi zorluklarla kendini gösteren dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğudur (DEHB).

İşlevsellikte anormallik, hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Bununla birlikte bazı anormal işleyiş örüntülerinin belirli dönemlerde ortaya çıkması daha olasıdır -örneğin çocuklukta veya yelpazenin diğer ucunda, yaşlılıkta. Bu bölümde, genellikle çocukluk veya erken ergenlik döneminde ortaya çıkan bozuklukları okuyacaksınız. Sonraki bölümde ise yaşlılar arasında daha yaygın olan sorunları öğreneceksiniz.

# Çocukluk ve Ergenlik Dönemi

İnsanlar genellikle çocukluk döneminin kaygısız ve mutlu bir dönem olduğunu düşünür -ancak bu dönem aynı zamanda oldukça korkutucu ve üzücü de olabilir (bk. **Şekil 14-1**). Aslında her kültürden çocuklar, yeni insanlarla ve durumlarla karşılaştıklarında tipik olarak asgari düzeyde bazı duygusal ve davranışsal problemler yaşarlar. Araştırmalar, *endişenin* çocuklar arasında ortak bir deneyim olduğunu ortaya koymaktadır: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm çocukların yarısına yakının özellikle okul, sağlık ve kişisel güvenlik gibi alanlarda birden fazla korkusu bulunmaktadır (Fernandez, 2017; Jovanovic ve diğ., 2014). Birçok çocuğun yaşadığı diğer sorunlar arasında gece yatak ıslatma, kâbuslar, öfke nöbetleri ve huzursuzluk gibi sorunlar yer almaktadır.

**Zorbalığa maruz kalan çoğu insan bu durumdan rahatsız olur ancak bu deneyimin bazı insanlar üzerinde diğer insanlara göre daha fazla travmatik etkisi olur. Bunun nedeni ne olabilir?**

Ergenlik dönemi de zor bir dönem olabilir. Fiziksel ve cinsel gelişime bağlı değişiklikler, sosyal ve akademik baskılar, okulda şiddet, kişisel şüpheler ve onları ayartabilecek birçok durumla karşı karşıya kalmaları, birçok gencin gergin, kafası karışmış ve depresif hissetmesine neden olur.

Çocuklar ve ergenler arasında yaygın endişe, zorbalığa maruz kalmaktır (bk. ***Bilgi Merkezi***). Tüm dünyada yapılan araştırmalar, zorbalığın çoğu genç katılımcının zihninde büyük bir sorun olduğunu hatta bunun genellikle ırkçılıktan, AIDS'ten ve cinsel birlikteliği veya alkolü denemek için maruz kalınan akran baskısından daha büyük bir sorun olduğunu defalarca ortaya koymuştur (Hymel ve Swearer, 2015). Daha genel olarak öğrencilerin yüzde 20'sinden fazlası sık sık ve yüzde 50'den fazlası ise en az bir kez zorbalığa uğradığını bildirmektedir (DTL, 2017). Zorbalığa maruz kalan çocuklar bu duruma tipik olarak aşağılanma, kaygı




Jason Szenes/EPA/Redux

**Daha iyi oluyor** Gey aktivist ve gazeteci Dan Savage, ergen LGBTQ bireylerin yetişkinliğe doğru ilerledikçe ve topluluklarından destek buldukça hayatlarının daha iyi olacağını söyleyen internet temelli bir sosyal yardım programı olan "It Gets Better" (Daha İyi Oluyor) projesini başlattığı için kendisine verilen Webby Özel Başarı Ödülü'nü alıyor. Proje, 2010 yılında Savage ve kocası Terry Miller tarafından birçok gey gencin zorbalığa maruz kalmaları sonucunda kendilerini öldürmesinin ardından başlatıldı. Bu proje şimdilerde zorbalığa hedef olan LGBTQ gençlerine destek ve ilham vermeyi içeren 50.000'den fazla mesajı içeren bir internet sitesine de sahip.

# ÇOCUK VE ERGENLERDE ZORBALIK

**Zorbalık,** daha güçlü bir kişi tarafından daha az güçlü başka bir kişiyi sindirmek, incitmek veya ona hükmetmek için tekrarlanan baskı, tehdit veya zorlamadır. Özellikle çocuklar ve ergenler arasında yaygındır. LGBTQ bireyler gibi belirli azınlık gruplarının üyelerinin zorbalığa maruz kalma olasılığı çok daha yüksektir. Son on yılda, klinisyenler ve eğitimciler tarafından zorbalığın daha önce düşünülenden çok daha yaygın ve daha zararlı olduğu anlaşılmıştır.

(Kaess, 2018; Pontes ve diğ., 2018; USDHHS, 2017)

## ZORBALIK TÜRLERİ

**Fiziksel** — vurma, itme, çelme takma

**Sözel** — isim takma, sataşma, cinsellik içeren sözler söyleme, tehdit etme

**İlişkisel/Sosyal** — dedikodu yayma, sosyal medyada kişinin utanabileceği görüntüler yayınlama, gruptan dışlama

### ZORBALIK DAVRANIŞLARI GÖSTEREN KİŞİLER:

- antisosyal davranışlar sergilemeye,
- düşük bir okul başarısı göstermeye,
- okulu bırakmaya,
- okula silah getirmeye,
- alkol kullanmaya,
- sigara içmeye,
- uyuşturucu madde kullanmaya eğilimlidir.

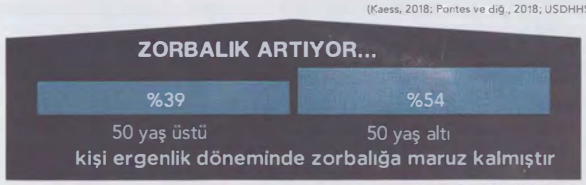
(BSA, 2017; CDC, 2017; Hertz & Donato, 2013)

### ZORBALIĞIN ETKİLERİ

- Depresyon
- İntihar düşünceleri ve girişimleri
- Kaygı
- Düşük benlik saygısı
- Uyku sorunları
- Bedensel (somatik) belirtiler
- Madde kötüye kullanımı
- Okul sorunları ve/veya okul fobisi
- Antisosyal davranış

(Gordon, 2018; APA, 2017; Barzilay et al., 2017; BSA, 2017; CDC, 2017, 2016; CRC, 2017; UNESCO, 2017)

## ZORBALIK ARTIYOR...

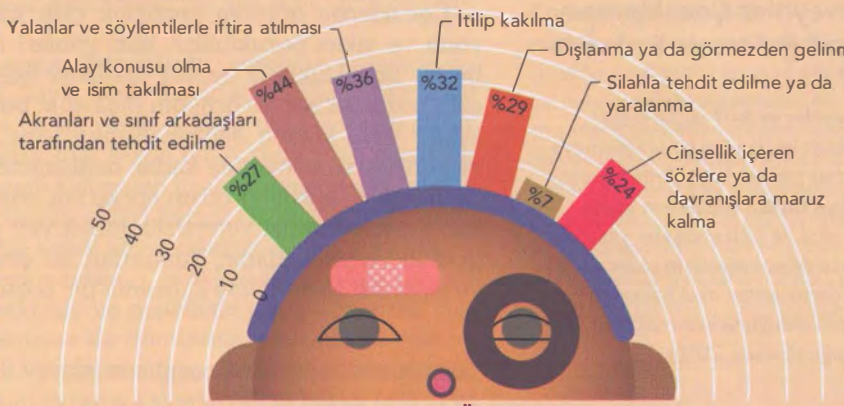



(DTL, 2017; Harris Interactive, 2014; Ratcliffe, 2014; NFER, 2010)

## OKULDA ZORBALIK

Çoğu zorbalık okulda gerçekleşmektedir. Okuldaki zorbalığın yaklaşık **üçte ikisi** koridorlarda, okul bahçelerinde, lavabolarda, kafeteryalarda veya otobüslerde meydana gelmektedir (BSA, 2014). Öğretmenlerin varlığında bu oran sınıflarda **üçte birdir.** Okuldaki zorbalığının **%30 ila %40'ının** bildirilmediği tahmin edilmektedir. (BSA, 2017, NB, 2017; UNESCO, 2017; USDHHS, 2017)

### Okuldaki Zorbalığın Doğası




(BSA, 2017, 2014; NB, 2017; USDHHS, 2017; UNESCO, 2017; CDC, 2017)

### Okuldaki Zorbalıkla Mücadele Programlarının Özellikleri

- Öğrencilerin üzerindeki denetimi arttırma
- Zorbalık davranışlarına yönelik yaptırımların belirlenmesi
- Zorbalıkla mücadele politikalarının okul çapında uygulanması
- Okul personeli, ebeveynler ve farklı alanlardan profesyoneller arasında işbirliği sağlama
- Zorbalık için risk faktörlerinin belirlenmesi

Okullardaki zorbalığı önleme programları, zorbalığı % 25 ila % 50 arasında azaltmaktadır. (NB, 2017, 2016; UNESCO, 2017; NBPC, 2016)

(CDC, 2017, 2013)

## SİBER ZORBALIK

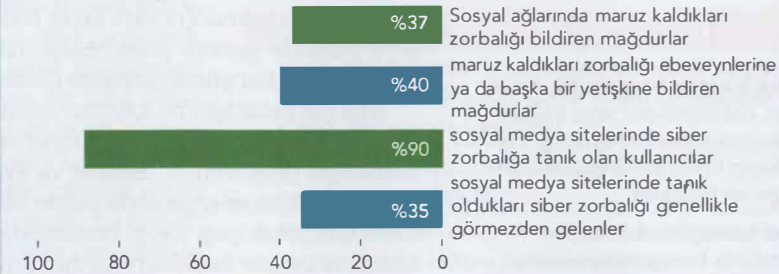
Siber zorbalık, e-posta, metin mesajları, internet siteleri ve uygulamalar, anlık mesajlaşma, sohbet odaları veya yayınlanan videolar veya fotoğraflar aracılığıyla gerçekleşir. Tüm çocukların ve ergenlerin % 40 ila% 50'si hayatlarında en az bir kez çevrimiçi zorbalığa maruz kalmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık %21'i ise çevrimiçi ortamda sık sık zorbalığa uğramaktadır. Kız çocuklarının düzenli olarak siber zorbalığa maruz kalma olasılığı erkek çocuklarından en az %50 daha fazladır.
(Kim ve diğ., 2018; DTL, 2017; EIE, 2017; NB, 2017; Pew Research Center, 2017; CRC, 2016; BSA, 2014; NSPCC, 2013; Sedghi, 2013)

### Ergenler neden siber zorbalık yapıyor?

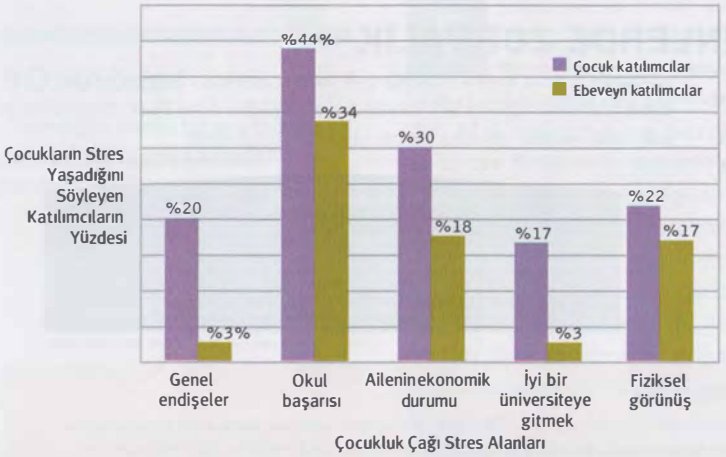



(NB, 2017; BSA, 2014; Knowthenet, 2013)

### Sosyal Medya ve Siber Zorbalık




(EIE, 2017; NB, 2017; Pew Research Center, 2017; BSA, 2014, Knowthenet, 2013)




ŞEKİL 14-1

### Ebeveynler Çocuklarının Yaşadığı Stresin Farkında mı?

Ebeveynler ve 8-17 yaşlarındaki çocukları ile yapılan bir araştırmaya göre her zaman değil. Örneğin araştırmaya katılan çocukların yüzde 44'ü okul ile ilgili endişeler yaşadığını söylese de ebeveynlerin sadece yüzde 34'ü çocuklarının okul hakkında endişeli olduğuna inanmaktadır (Bilgi kaynağı: Munsey, 2010).

veya okulu sevmeme gibi duygularla tepki vermektedir (Eastman ve diğ., 2018). Aşırı durumlarda intihar girişimleri de görülmektedir (Ford ve diğ., 2017). Dahası, zorbalığa maruz kalmanın psikolojik etkileri yetişkinliğe kadar uzanabilir (Arseneault, 2017). Ayrıca günümüz dünyasının teknolojik gelişmeleri, çocukların ve ergenlerin zorbalığa maruz kalma yollarını genişletmiştir ve bu bağlamda e-posta, kısa mesajlar ve sosyal medya aracılığıyla zorbalık ve aşağılamayı içeren *siber zorbalık* günümüzde artış göstermektedir (Ferrara ve diğ., 2018; Kim ve diğ., 2018).

Bu yaygın endişelerin ve psikolojik zorlukların ötesinde, Kuzey Amerika'daki tüm çocukların ve ergenlerin en az beşte biri de bir psikolojik bozukluk tanısı alacak düzeyde sorunlar yaşamaktadır (CDC, 2017; Costello ve Angold, 2016). Yetişkinlerde görülen psikolojik bozuklukların çoğu kadınlarda daha yaygın olmasına rağmen çocuklarda görülen psikolojik bozuklukların görülme oranı, erkek çocuklarda kız çocuklarından daha fazladır.

Çocuklarda görülen çocukluk çağı kaygı bozuklukları, çocukluk çağı depresyonu ve yıkıcı bozukluklar, bazı yönleri ile farklı olsalar da yetişkinlerde görülen bu tür bozukluklarla benzer özellikler gösterir (Rice ve diğ., 2019). Diğer çocukluk çağı bozuklukları ise örneğin dışa atım bozuklukları, yetişkinlikte genellikle ortadan kalkar veya kökten değişir. Bunun yanı sıra doğumda veya çocuklukta başlayan ve yetişkinlik dönemine kadar değişmeden devam eden bozukluklar da vardır. Bu bozukluklar arasında otizm spektrum bozukluğu (otizm açılımı kapsamında bozukluk) ve entellektüel yetersizlik (anlık yeti yitimi, anlık gelişimsel bozukluk, zihinsel gerilik) yer almaktadır. Bunlardan ilki çevreye duyarlılık eksikliği, ikincisi ise zekâ ve uyumsal işlevsellikte kapsamlı bir bozulma ile belirgindir.

## Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları

Kaygı, bir dereceye kadar çocukluk döneminin normal bir parçasıdır. Çocuklar yetişkinlerden daha az deneyime sahip olduklarından dünyaları onlar için genellikle yeni ve korkutucudur. Okula başlamak gibi sıradan durumlardan veya yeni bir eve taşınmak veya ciddi şekilde hastalanmak gibi daha özel durumlardan korkabilirler. Ayrıca her nesilden çocuk yeni kaygı kaynakları ile de karşı karşıyadır. Örneğin bugünün çocukları internette gezinmenin ve çevrim içi avcıların, çocuk kaçırmanın, uyuşturucunun, okulda silahlı saldırıların ve terörizmin tehlikeleri konusunda hem evde hem de okulda defalarca uyarılmaktadır.

Çocuklar ayrıca ebeveynleri ile ilgili sorunlardan veya yetersizliklerden ciddi şekilde etkilenebilir. Örneğin ebeveynler tipik olarak olaylara yüksek düzeyde kaygı veya belirsizlik içeren tepkiler gösterirlerse veya çocuklarına karşı aşırı korumacı olurlarsa çocukların dünyaya kaygıyla tepki verme olasılığı daha yüksektir (Kendall ve diğ., 2018; Kerns ve diğ., 2017, 2014). Ebeveynler boşanırsa, ciddi şekilde hastalanırsa veya uzun süre çocuklarından ayrı kalırsa çocukta kaygı bozuklukları ortaya çıkabilir. Bu tür çevresel problemlerin ötesinde genetik araştırmalar, bazı çocukların kaygılı mizaç özellikleri sergilemeye yatkın olduğunu göstermektedir (Buzzell ve diğ., 2017; Tone, Garn ve Pine, 2016).

Bazı çocuklar için bu kaygılar uzun süreli ve zayıflatıcı hâle gelir, günlük yaşamlarını ve uygun şekilde işlev görme becerilerini olumsuz yönde etkiler. Bu çocuklar bir *kaygı bozukluğu* geliştirebilir (Bennet ve Walkup, 2018; Kendall ve diğ., 2018). Araştırmalar, tüm çocukların ve ergenlerin yüzde 14 ila 25'inin kaygı bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Çocukluk çağı kaygı bozukluklarının bazıları yetişkinlerde görülen kaygı bozukluklarına benzer özellikleri vardır. Örneğin çocukluğa özgü fobiler, genellikle yetişkinlik döneminde görülen fobilere çok benzer özellikler ile işleyişe sahiptir ve zamanında tedavi edilmemiş birçok çocukluk çağı fobisi yetişkinlik döneminde de devam eder.

Bununla birlikte çocukluk çağı kaygı bozukluklarının yetişkin kaygı bozukluklarından çoğunlukla farklı bir yapısı vardır. Genellikle çocukluk çağı kaygı bozukluklarında

**ayrılık kaygısı bozukluğu** Kişinin evden, ebeveyninden veya bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında aşırı kaygı hatta panik duyması ile belirgin bir bozukluk.

**Seçici konuşmazlık** Başka durumlarda konuşma becerisine sahip olunmasına rağmen konuşmanın beklendiği belirli sosyal durumlarda konuşamama ile belirgin bir bozukluk.

bilişsel belirtilerden ziyade yetişkinin yanından ayrılamama, uyku sorunları, kaçınma, sinirlilik ve mide ağrıları gibi davranışsal ve bedensel belirtiler daha baskındır (Whalen ve diğ., 2017; Cornacchio ve diğ., 2016). Gelecek veya kişinin dünyadaki yeri hakkındaki geniş endişeler yerine canavarlar, hayaletler veya gök gürültüsü gibi bazen belirli bazen de hayali nesneler ve olaylara odaklanma eğilimindelerdir (Kendall ve diğ., 2018). Benzer şekilde kaygı belirtileri de gelecekte meydana gelebilecek olaylar hakkındaki düşüncelerden çok, acil bir durum ve çevre tarafından tetiklenmektedir.


© Melissa Lyttle

**Konuşmaya isteksiz olmak** Seçici konuşmazlığı olan çocuklar sınıflarında ve/veya diğer sosyal durumlarda konuşamazlar. Bu çocuklar çoğunlukla bir öğretmene önemli mesajları iletmek için ya doğrudan ya da başka bir kişinin aracılığıyla fısıldamayı tercih ederler. Burada seçici konuşmazlığı olan bir çocuk Florida Uluslararası Üniversitesi Çocuk ve Aile Merkezindeki danışmanına fısıldıyor.

## Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık

Çocukluk çağında görülen iki kaygı örüntüsü, *ayrılma kaygısı bozukluğu* ve *seçici konuşmazlık (mutizm)* kısmen çocuklarda duygusal acıya neden olduğu ve kısmen de ebeveynlerin çocuklarına yardım etmeye çalışırken çaresiz hissetmelerine yol açtığı için son yıllarda büyük ilgi görmektedir.

Bölüm 4'te de okuduğunuz **ayrılma kaygısı bozukluğu**, çocuklar arasında en yaygın kaygı bozukluklarından biridir (bk. Sayfa 104). Bu bozukluk genellikle okul öncesi dönemde başlar ve tüm çocukların en az yüzde 4'ü bu tür bir kaygı yaşar (Hannesdottir ve diğ., 2018). Hatırlayacağınız gibi böyle bir sorunu olan çocuklar, ebeveynlerinden veya bağlandığı diğer önemli kişilerden uzakta olmakta çok güçlük çekerler ve genellikle ebeveynlerinden ayrılabilecekleri herhangi bir yere -arkadaşlarının evleri, doğum günü partileri ve hatta kendi yatak odaları- gitme konusunda isteksizlerdir veya bunu açık bir şekilde reddederler. Çocukluktaki ayrılma kaygısı bozukluğu, çocukların okula gitmekten korktuğu ve genellikle uzun süre evde kalmayı tercih ettikleri *okulu reddetme* davranışına da dönüşebilir (Nayak, Sangoi ve Nachane, 2018). Bununla birlikte okul reddi vakalarının birçoğunda, özellikle de geç çocukluk dönemindeki çocuklarda, bu durum ayrılma kaygılarından başka sosyal ve akademik kaygılar, depresyon, okuldaki belirli nesnelerden veya kişilerden korkma veya meydan okuma isteği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.

**Seçici konuşmazlıkta** çocuklar belirli sosyal durumlarda sürekli olarak konuşmayı başaramazlar ancak diğer durumlarda konuşmakta hiç zorluk çekmezler (Furr ve diğ., 2019; Rogoll, Petzold ve Strohle, 2018). Bu bozukluğa sahip bir çocuk, aile üyeleriyle evde konuşmakta, gülmekte veya şarkı söylemekte sorun yaşamayabilir fakat sınıf gibi diğer önemli ortamlarda kesinlikle hiçbir söz söylemez (bk. **Tablo 14-1**). Bazıları bütün bir okul yılını öğretmenlerine veya sınıf arkadaşlarına tek bir kelime etmeden geçirir. Birçoğunun sınıfta öğretmenin sorularının cevapları veya tuvaleti kullanma ihtiyacı gibi sınıfa iletilmesi gereken önemli şeyleri gizlice fısıldayacakları özel bir arkadaşı vardır. Yalnızca okulda seçici olarak konuşmayan bir çocuğu gören insanlar, çocuğun evinde sürekli konuşkan biri olduğuna inanmakta genellikle zorlanırlar. Bu bozukluk tüm çocukların neredeyse yüzde 1'inde görülmektedir (SMA, 2018; Hua ve Major, 2016).

Pek çok araştırmacı seçici konuşmazlığın, çocuklarda gelecekteki utanç konusunda endişelenmeye veya başkalarının olası yargılarını tahmin etmeye yönelik bilişsel kapasiteleri tam olarak gelişmeden önce ortaya çıkan *sosyal kaygı bozukluğunun* erken bir türü olduğuna inanmaktadır (bk. Sayfa 120-123). Gerçekten de hepsi olmasa da seçici konuşmazlığı olan bazı büyük çocuklar, sosyal kaygı bozukluğu geliştirir (Rogoll ve diğ., 2018). Bununla birlikte yalnızca seçici konuşmazlığa özgü olan birçok özellik de vardır. Örneğin bu bozukluğa sahip bazı çocukların iletişim ve dil becerilerinin gelişiminde önemli gecikmeler meydana gelmektedir (Hua ve Major, 2016).

Eğitimciler ve klinisyenler, değerlendirme sırasında konuşmayı reddettiğinde çocuğun var olan yetenekleri hakkında yanlış bir izlenime kapılabilir. Bu nedenle seçici konuşmazlığı olan bazı çocuklar, yanlışlıkla (bu bölümün ilerleyen kısımlarında okuyacağınız)

TABLO: 14-1

### Tanı İçin Kontrol Listesi

| Seçici Konuşmazlık |
|---|
| 1. Kişi başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın konuşmasının beklendiği belirli sosyal durumlarda sürekli bir biçimde konuşmaz. |
| 2. Bu bozukluk, akademik ya da sosyal alanda bozulmalara neden olur. |
| 3. Kişinin belirtileri en az bir aydır devam ediyordur ve okulun ilk dört haftası ile sınırlı değildir. |
| 4. Bu bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, düşünce bozukluğu ya da dil ya da iletişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz. |

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

*entellektüel yetersizlik* tanısı almaktadır. Bu da kaygı ile ilişkili zorluklardan ziyade entelektüel işleyişe ve dil gelişimine odaklanan yanlış müdahalelere yol açabilir.

## Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarına Yönelik Tedaviler

Çocuk ve ergen kaygı bozuklukları oldukça yaygın olmasına rağmen bu tür sorunları olan çocukların yaklaşık üçte ikisi tedavi almamaktadır (NIMH, 2017). Tedavi alan çocuklar arasında ise sıklıkla psikodinamik, bilişsel-davranışçı, aile ve grup terapileri gibi yaklaşımlar ayrı ayrı veya birlikte kullanılmaktadır. Her yaklaşım bir dereceye kadar başarılı olmaktadır ancak çalışmalar, bilişsel-davranışçı terapinin bu yaklaşımlar arasında en etkili yaklaşım olduğunu göstermektedir (Comer ve diğ., 2019; Oerbeck ve diğ., 2018). Çeşitli türdeki bu terapi yaklaşımları, Bölüm 4'te okuduğunuz yetişkin kaygı bozukluklarının tedavisine yönelik yaklaşımlara benzerdir fakat çocuklarda görülen kaygı bozuklukları söz konusu olduğunda bu yaklaşımlar çocuğun bilişsel yetenekleri, ona özgü yaşam durumu ve yaşamı üzerindeki kontrolünün sınırlı olması gibi konular gözetilerek yapılandırılmaktadır. Ayrıca klinisyenler kaygılı çocuklara yönelik tedaviler kapsamında psikoeğitim verebilmekte ebeveynlere yönelik eğitimler ve okula yönelik müdahaleler düzenleyebilmektedir (Sanchez ve diğ., 2018; Cornacchio ve diğ., 2017).




Al Diaz/Miami Herald/TNS via Getty Images

**Hiç de çok genç değil!** Miami, Florida'daki Camp Honey Shine'daki genç kampçılar, stresle başa çıkmak için bilinçli farkındalık meditasyonunu ve diğer teknikleri öğreniyor.

Klinisyenler ayrıca bir dizi çocukluk çağı kaygı bozukluğu vakasında, genellikle psikoterapi ve ilaç tedavisini birlikte kullanmaktadır. İlaç tedavisine sadece antianksiyete ilaçları değil, aynı zamanda antidepresan ve antipsikotik ilaçlar da dâhil edilmektedir (Comer ve diğ., 2019, 2011, 2010; Wang ve diğ., 2017). Araştırmalar, özellikle antideprasan ilaçların bilişsel-davranışçı terapi kadar etkili olduğunu göstermektedir (Albano ve diğ., 2018). Çocuk/Ergen Kaygısı Çok Yönlü Çalışması (Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study; CAMS) adlı dönüm noktası niteliğindeki bir çalışmada, klinisyenler Amerika Birleşik Devletleri'nde kaygı bozukluğu olan yaklaşık 500 çocuğa ve ergene tedavi uygulamış ve bu kapsamda tek başına bilişsel-davranışçı terapi, tek başına antidepresan ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı terapi ve antidepresan ilaç tedavisinin birlikte verilmesi ve plasebo tedavisi gibi farklı yaklaşımların etkililiğini karşılaştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda bu yaklaşımlardan en etkili olan yaklaşımın bilişsel-davranışçı ve antidepressan ilaç tedavisinin birlikte uygulanması olduğunu bulmuşlardır. Bu tedaviyi alan kaygılı çocukların ve ergenlerin yaklaşık yüzde 80'i önemli düzeyde klinik iyileşme göstermiştir (Piacentini ve diğ., 2014; Walkup ve diğ., 2008).

Çocuklar genellikle duygularını ve güdülerini tanımakta ve anlamakta güçlük çektikleri için birçok terapist, özellikle de psikodinamik terapistler, tedavinin bir parçası olarak **oyun terapisini** kullanır. Bu yaklaşımda çocuklar oyuncaklarla oynar, çizim yapar ve hikâyeler uydurur. Bunu yaparken hayatlarındaki çatışmaları ve bunlarla ilgili duygularını yansıttıkları düşünülmektedir. Terapi süresince terapistler, çocukların çatışmalarının üstesinden gelmelerine ve duygularını ve davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmak için onlara daha fazla oyun ve hayal sunar. Ek olarak hümanist terapistler kaygılı çocuklarla çalışırken *çocuk merkezli terapi* uygularlar. Bu kitapta, 2. Bölüm'de de okuduğunuz gibi bu yaklaşımda klinisyen çocuğu dikkatle dinler, çocuğa onun söylediklerini yansıtır, ona karşı empati ve koşulsuz olumlu kabul gösterir (Silk ve diğ., 2018).

**oyun terapisi** Çocukların çatışmalarını ve duygularını çizim yaparak, oyuncaklarla oynarak ve hikayeler uydurarak dolaylı yollardan ifade etmelerine yardımcı olan çocukluk çağında görülen bozuklukların tedavisine yönelik bir yaklaşım.

## Çocukluk Çağı Depresyon ve Bipolar Bozuklukları

Bu bölümün başında yaşadığı sorunlardan bahsedilen Cameron gibi günümüzde çocukların yaklaşık yüzde 2'si ve ergenlerin de yüzde 8'i majör depresyon bozukluğu yaşamaktadır (NIHM, 2017, 2016; Avenevoli ve diğ., 2015). Ergenlerin yüzde 20 kadarı, gençlik

yıllarında en az bir depresyon dönemi geçirmektedir. Bunun yanı sıra bazı klinisyenler, çocukların da bipolar bozukluk yaşayabileceğine inanmaktadır.

## Majör Depresyon Bozukluğu

Çok küçük yaştaki çocuklar, klinik depresyonu ortaya çıkarabilecek bazı bilişsel becerilerden yoksundur, bu nedenle de bu çocuklar arasında depresyonun görülme oranı görece daha düşüktür (Wesselhoeft ve diğ., 2016). Örneğin çocukların depresyonu olan yetişkinlerde tipik olarak görülen umutsuzluk duygusunu deneyimleyebilmeleri için gelecekle ilgili beklentilere sahip olmaları gerekir ancak bu beceri çocuklarda 7 yaşından önce nadiren gelişebilen bir beceridir.

Bununla birlikte eğer yaşam durumları veya biyolojik yatkınlıklar yeterince önemli ise çok küçük çocukların bile bazen duygudurumlarında şiddetli bir değişim meydana gelir (Whalen ve diğ., 2017). Gençlerde depresyon, olumsuz yaşam olayları (özellikle kayıplar), büyük değişiklikler, reddedilme veya devam eden istismarla tetiklenebilir (bk. bir sonraki sayfadaki **Psikolojik Gözlem**). Çocukluk çağında görülen depresyon genellikle sinirlilik, baş ağrısı, mide ağrısı ve oyuncaklara ve oyunlara karşı ilgisizlik gibi belirtilerle kendini gösterir (Fristad ve Black, 2018; Whalen ve diğ., 2017).

Klinik depresyon, ergenler arasında küçük çocuklardan çok daha yaygındır. Ergenlik, en iyi koşullar altında bile kaygı, hormonal ve bedensel değişiklikler, duygudurum değişiklikleri, karmaşık ilişkiler ve yeni keşiflerle kendini gösteren, zor ve kafa karıştırıcı bir zamandır. Bazı gençler için ergenlik döneminin bu "normal" zorlukları, klinik depresyona kadar uzanmaktadır. Bölüm 7'de de okuduğunuz gibi intihar düşünceleri ve girişimleri özellikle ergenler arasında yaygındır -her yıl sekiz gençten biri yineleyici bir biçimde intiharı düşünmektedir- ve bu tür düşünce ve girişimlerin başlıca nedeni depresyondur (Kennebeck ve Bonin, 2017; Nock ve diğ., 2013).

İlginç bir şekilde 13 yaşından önce kız ve erkek çocuklar arasında depresyon oranları açısından bir farklılaşma görülmezken 16 yaşına gelindiğinde ise bu durum değişmekte ve kız çocuklarının depresyona girme olasılığı erkek çocukların iki katına çıkmaktadır (Breslau ve diğ., 2017). Cinsiyetler arasındaki bu durumun yaşla birlikte değişmesinin nedeni nedir? Bu bağlamda hormonal değişiklikler, kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı gerçeği ve kız çocuklarının olgunlaştıkça sosyal ve yakın ilişkilerde erkek çocuklarına göre duygusal olarak daha fazla bağlanma eğilimi göstermesi gibi çeşitli etkenler öne sürülmüştür. Buna yönelik bir diğer açıklama ise ergenlik dönemindeki kız çocuklarının vücutları ile ilgili artan memnuniyetsizliklerine odaklanmaktadır. Erkek çocukları, kas kütlesindeki artıştan ve ergenlik döneminde ortaya çıkan diğer bedensel değişikliklerden hoşnut olma eğilimindeyken kız çocukları ise genellikle ergenlik döneminde ve sonrasında vücutlarında meydana gelen yağ ve kilo artışından hoşnut değillerdir. Estetik kadın ideali olarak aşırı zayıflığa değer veren ve bunu talep eden bir toplumda yetişen birçok ergen kız çocuğu, kendi bedenlerinde hapsolduğunu hissetmekte, düşük bir özgüvene sahip olmakta ve depresyona girmektedir (Klein ve Attia, 2017). Bölüm 9'da da gördüğünüz gibi bu kız çocuklarının birçoğunda yeme bozuklukları da gelişmektedir.

Yıllar boyunca genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde görülen depresyonun, yetişkinlikte görülen depresyona yönelik uygulanan aynı tedavilere -özellikle de bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi ve antidepresan ilaç tedavisine- iyi yanıt vereceği düşünülmüş ve aslında birçok çalışma da bu tür yaklaşımların etkili olduğunu göstermiştir (Weersing ve diğ., 2017). Dahası, klinisyenler çocuklara ve ergenlere yönelik tedavilerde ebeveyn-çocuk ilişkilerini iyileştirmeyi, aile ile birlikte yapılan etkinlikleri artırmayı ve çocukla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlayan aile odaklı yaklaşımları kullanarak sıklıkla başarı elde etmişlerdir (Tompson ve diğ., 2017). Bununla birlikte son 15 yıldaki bir gelişme, depresyonu olan ergenlerin tedavisi hakkında önemli soruları gündeme getirmiştir. Bu gelişme, antidepresan ilaçların depresyonu olan bazı çocuklar ve ergenler için tehlikeli olabileceği yönündeki bulgudur.

1990'lı yıllarda çoğu psikiyatrist ikinci nesil antidepresan ilaçların çocuklar ve ergenler için güvenli ve etkili olduğuna inanıyor ve bu ilaçları rahatlıkla reçete ediyordu. Bununla birlikte Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2004 yılında bir dizi klinik rapora dayanarak bu ilaçların özellikle tedavinin ilk birkaç ayında bazı çocuklar ve ergenler için intihar davranışı



AP Photo/The Free Lance-Star, Mike Morones

**Ayrılık ve depresyon** Bu 3 yaşındaki çocuk, asker olan babasına denizaşırı bir görev için yola çıkarken sarılıyor. Ailedeki uzun süreli ayrılıkların çocuklarda sıklıkla depresyona neden olduğuna dair kanıtlar göz önüne alındığında klinik kuramcılar özellikle ebeveynlerin askerî bir görev için evden ayrılmalarından, mülteci ve göçmen olanların tutuklanmasından ve ebeveynlerin hapis cezası almasından kaynaklanan ayrılıklardan etkilenen binlerce çocuk için endişelenmektedir (Kritikos ve diğ., 2019).

### #PsikolojikDanışmanAçığı

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde her 491 öğrenciye 1 okul danışmanı düşmektedir. Önerilen oran ise 250 öğrenci başına 1 okul danışmanıdır (ASCA, 2017, 2016).

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## Çocuk İstismarı

Çok sayıda çocuğu etkileyen ve çocukların psikolojik gelişimleri üzerinde büyük bir etkisi bulunan bir sorun olan çocuk istismarı, bir yetişkinin bir çocuğa karşı genellikle onu incitmek veya ona zarar vermek amacıyla bilinçli bir şekilde aşırı düzeyde fiziksel veya psikolojik güç kullanmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çocukların yüzde 5 ila 16'sı her yıl fiziksel istismara maruz kalmaktadır (Wherry, 2018; Boos, 2017). Araştırmalar her 10 çocuktan 1'inin tekmelenme, ısırılma, vurulma, dövülme veya bıçak veya silahla tehdit edilme gibi ağır bir şiddet eyleminin mağduru olduğunu göstermektedir. Çocuk istismarı tüm sosyoekonomik gruplarda görülmekle birlikte yoksullar arasında çok daha yaygındır (Boos, 2017; Romero-Martínez ve diğ., 2014).

İstisman uygulayan kişiler genellikle çocuğun ebeveynleridir (Christian, 2017; Ben-Natan ve diğ., 2014). Klinik araştırmacılar, istismar uygulayan ebeveynlerin genellikle düşük dürtüsel kontrol, düşük benlik saygısı, yüksek depresyon düzeyi ve zayıf ebeveynlik becerilerine sahip olduğunu bildirmektedir (Boos, 2017). Birçoğu çocukken istismara uğramıştır ve çocukluklannda kötü bir rol modeline sahiptirler. Bazı durumlarda bu tür ebeveynlerin hayatlarında eşler arasında geçimsizlik veya işsizlik gibi stres etkenleri de bulunmaktadır (Christian, 2017).

Araştırmalar, çocuk istisman mağdurlannın hem kısa hem de uzun vadeli psikolojik etkilerden muzdarip olabileceğini göstermektedir (Kolko ve Berkout, 2017). Örneğin araştırmalar, mağdurların kaygı, depresyon veya gece yatak ıslatma gibi psikolojik belirtiler yaşayabileceklerini ve okulda performans ve davranış sorunlan sergileyebileceklerini göstermiştir (Martin, Kidd ve Seedat, 2019; Keeshin ve diğ., 2014). Uzun vadeli olumsuz etkiler arasında ise sosyal olarak kabul görmenin zorlaşması, yetişkinlik döneminde çok sayıda tıbbi ve psikolojik bozukluk



Jill Toyoshiba/Kansas City Star/TNS via Getty Images

**Kalıcı etki** Bir anne, evlat edindiği 5 yaşındaki oğlunu, çocuğun dahil olduğu travma tedavi programı kapsamında düzenlenen pijama gününe hazırlıyor. Bu program, çocuğun daha önceki ailesinde maruz kaldığı istismar veya ihmal sonucu hala mücadele ettiği sorunları ele almaktadır.

gelişmesi, alkol ve diğer maddelerin daha fazla kötüye kullanımı, daha fazla sayıda dürtüsel ve risk almaya yönelik davranışta bulunma, ergenlik ve yetişkinlik döneminde daha fazla tutuklanma, cezai yaptınmı olan şiddet eylemlerinde bulunma riskinin daha büyük olması, daha yüksek işsizlik oranı, daha yüksek intihar oranı yer almaktadır (Kolko ve Berkout, 2017; Afifi ve diğ., 2014). Son olarak istismara uğrayanlann üçte biri kadar büyük bir kısmı gelecekte, çocuğunu ihmal eden ve ona istismar uygulayan veya yetersiz bir ebeveyn olmaktadır (Romero-Martínez ve diğ., 2014).

Çocuk istismannın iki türü özel ilgi görmektedir: psikolojik ve cinsel istismar. Psikolojik istismar şiddetli şekilde reddetme, aşın disiplin, günah keçisi yapma ve alay etme, tecrit ve psikolojik sorunlan olan bir çocuğa yardım sağlamayı reddetmeyi içerebilir (Endom, 2017). Bu tür bir istismar muhtemelen tüm fiziksel istismar ve ihmal biçimlerine eşlik etmekte ve genellikle kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. *Çocuğun cinsel istisman* ise bir çocuğun yetişkin tarafından cinsel arzularını tatmin etmek için kullanılmasını içermekte ve evin dışında veya içinde gerçekleşebilmektedir (Bechtel ve Bennet, 2017; Murray, Nguyen ve Cohen, 2014). Araştırmalar, dünya genelinde kadınların yüzde 25'inin çocukluk döneminde yetişkin bir erkekle cinsel temasta bulunmaya zorlandığını ve bunun büyük bir kısmının öz veya üvey bir ebeveyn tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir. Erkeklerin de yüzde 9'unun çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir. Çocuk cinsel istisman, tüm sosyoekonomik gruplarda, ırklarda ve etnik gruplarda eşit derecede yaygın olarak görülmektedir.

Çocuk istisman vakalarında ebeveynlerin davranışlarına dair içgörü geliştirmelerine yardımcı olan, istismarın alternatifleri konusunda eğitim sağlayan, başa çıkma ve ebeveynlik becerilerini öğreten *Anonim Ebeveynler* tarafından desteklenen gruplar da dâhil olmak üzere çeşitli terapi yaklaşımları kullanılmaktadır (PA, 2017; Miller ve diğ., 2007). Buna ek olarak genellikle ev ziyaretleri ve ebeveyn eğitimi şeklindeki önleme programlarının da umut verici olduğu kanıtlanmıştır (Beasley ve diğ., 2014; Rubin ve diğ., 2014).

Araştırmalar, istismara uğramış çocukların psikolojik ihtiyaçlarının olabildiğince erken ele alınması gerektiğini göstermektedir (PA, 2017; Murray ve diğ., 2014). Klinisyenler ve eğitimciler, (1) tüm çocuklan çocuk istisman konusunda eğiten, (2) onlara istismara yol açabilecek durumlardan kaçınma veya kaçma becerilerini öğreten, (3) çocuklan istismara uğradıklarını başka bir yetişkine anlatmaya teşvik eden ve (4) istismarın asla kendi suçlan olmadığından emin olmalarını sağlayan ve bu anlamda oldukça değerli olan *erken müdahale programlan* düzenlemektedir (PA, 2017; Miller ve diğ., 2007)

**yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu** Sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirgin, yineleyici, ağır öfke patlamaları ile kendini gösteren bir çocukluk çağı psikolojik bozukluğu.

riskinde küçük de olsa gerçek bir artışa neden olabileceği sonucuna varmıştır. Bu nedenle FDA, tüm antidepresan ilaç kutularının üstünde bu ilaçların "çocuklarda intihar düşüncesi ve davranışı riskini artırdığını" belirten "kara kutu" içinde uyarılar yer alması şartını getirmiştir (Morkem ve diğ., 2017). O zamandan beri de FDA'nın bu kararının ne kadar uygun olduğu tartışılmaktadır. Çoğu klinisyen, ilaçların genç hastaların yüzde 2'sinde intihar düşüncesi ve girişimi riskini artırabileceği konusunda hemfikir olsa da bazı klinisyenler genel intihar riskinin aslında bu tür ilaçlar ile çocukların büyük çoğunluğunda azaltılabileceğini belirtmektedir (Pozzi ve diğ., 2016; Isacson ve Rich, 2014). Örneğin bu klinisyenler, çocuklara ve ergenlere yazılan antidepresan reçetelerinin sayısının artmasıyla birlikte 2004'e kadar olan on yılda çocuklar ve ergenler arasında görülen intiharların yüzde 30 oranında azaldığını bildirmektedir. Günümüzde hekimler, her olasılığı göz önünde bulundurarak antidepresan ilaçların depresyonu olan çoğu çocuk ve ergen için gerçekten yararlı ve nispeten güvenli bir

tedavi olduğu konusunda hemfikir görünmektedir. İlk kara kutu uyarılarını takip eden beş yıl içinde, gençlere bu ilaçların reçete edilme oranları önemli ölçüde azalmıştır ancak son on yılda bu tür ilaçların reçete edilme sıklığı yeniden istikrarlı bir şekilde artış göstermektedir (Morkem ve diğ., 2014).

## Bipolar Bozukluk ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

On yıllardır bipolar bozukluğun neredeyse tamamen yetişkinlerde görülen bir psikolojik bozukluk olduğu ve en erken başlangıç yaşının geç ergenlik dönemi olduğu düşünülmekteydi (APA, 2013). Bununla birlikte 1990'ların ortalarından başlayarak klinik kuramcıların bu görüşü yön değiştirmiş ve büyük bir kısmı, birçok çocuğun bipolar bozukluk sergilediğini düşünmeye başlamıştır (Van Meter ve diğ., 2016). Aslında ulusal tanısal eğilimler üzerine yapılan bir derleme çalışması, Amerika Birleşik Devletleri'nde bipolar bozukluk tanısı alan ve tedavi edilen çocuk ve ergen sayısının 1994'ten 2003'e kadar geçen sürede 40 kat arttığını ortaya koymuştur (Moreno ve diğ., 2007). Üstelik bu eğilim, bu derleme çalışmasını takip eden on yıl boyunca da devam etmiştir (Mash ve Wolfe, 2018: Ryles ve diğ., 2017).

Bu süreçte bazı kuramcılar, bu tür artışların çocuklar arasında bipolar bozuklukların yaygınlığındaki bir artışı yansıtmadığından, daha ziyade yeni -çoğu zaman da yanlış- bir tanısal eğilimi yansıttığından şüphelenmeye başladılar (Van Meter ve diğ., 2016). Bu kuramcılar, bipolar bozukluk tanısının çocuklar ile ergenlere aşırı uygulandığına ve aşırı düzeyde öfke patlamaları yaşayan ve saldırgan davranışlar gösteren çocukların çoğuna bu tanının verildiğine inanıyorlardı. Bu iddiaları desteklemek için yapılan araştırmalar, bipolar bozukluk tanısı alan çocukların çoğunda aslında klinik tabloda depresyonla birlikte öfke ve saldırganlık belirtilerinin daha baskın olduğunu ortaya koymuştur (Hernandez ve diğ., 2017; Ryles ve diğ., 2017). Kaldı ki bu tür çocukların çoğu, yetişkin bipolar bozukluğunda belirgin olan mani belirtilerini veya duygudurum dalgalanmalarını bile göstermiyordu.

DSM-5'in ilgili çalışma grubu da aynı sonuca varmıştır -yani çocukluk çağı bipolar bozukluğu etiketinin fazla uygulandığı sonucuna. Bu durumu düzeltmeye yönelik girişimlerin bir sonucu olarak DSM-5'te şimdi, şiddetli öfke örüntüsü olan çocukları tanımlamak için kullanılan **yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu** ismi ile yeni bir tanı kategorisi yer almaktadır (bk. **Tablo 14-2**). Artık günümüzde şiddetli düzeyde öfke gösteren ve öfke patlamaları olan çoğu çocuğun bu tanıyı alması ve buna bağlı olarak çocukluk çağı bipolar bozukluk tanısının konma sıklığının da azalması beklenmektedir.

Tanı konusu özellikle önemlidir çünkü bipolar bozukluk tanılarındaki artışa, ilaç reçete edilen çocuk sayısındaki artış eşlik etmektedir (Duffy ve Grof, 2018; Cervesi ve diğ., 2017). Birçok psikolojik yaklaşımın bipolar bozukluk tanısı olan çocuklar için etkili olduğu görülse de bu çocukların yarısına antipsikotik ilaç tedavisi, üçte birine antibipolar ilaç tedavisi ve diğerlerine de antidepresan veya uyarıcı ilaç tedavisi verilmektedir (Vallarino ve diğ., 2015). Bununla birlikte çocuklarda bu tür bir kullanım için uygun olup olmadığı konusunda bu ilaçların veya ilaç kombinasyonlarının nispeten az bir kısmı test edilmiştir.

### ...ÖZETLE

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI, DEPRESYON VE BİPOLAR BOZUKLUKLARI**

Duygusal ve davranışsal sorunlar çocukluk ve ergenlik döneminde yaygın olarak görülmektedir ancak buna ek olarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm çocukların ve ergenlerin en az yüzde 20'sinde tanı alacak düzeyde bir psikolojik bozukluk vardır. Zorbalığa maruz kalmak, çocuklar arasında yaygın olan bir endişedir.

Özellikle kaygı bozuklukları, çocuklar ve ergenler arasında sıklıkla görülmektedir. Bu bozukluk grubu, ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlık olarak adlandırılan ve yetişkin kaygı bozukluklarının (yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi) çocuklukta görülen biçimlerini içermektedir.

Çocukların yüzde ikisi ve ergenlerin ise yüzde 8'inde depresyon görülmektedir. Çocukluk çağı depresyonu genellikle sinirlilik, baş ağrısı, mide ağrısı ve oyuncaklara ve oyunlara ilgisizlik gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Ayrıca son yirmi yılda bipolar bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin sayısında da büyük bir artış meydana gelmiştir. DSM-5'e yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu adı ile yeni bir çocukluk çağı tanı kategorisi eklediğinden çocuklara bipolar bozukluk tanısı konma oranının azalması beklenmektedir.



AP Photo/Al Grillo

**Yas kampı** Sevdiklerini kaybeden çocuklar ve ergenler için "yas kampları" düzenlenmektedir. Irak'ta savaşırken amcası öldürülen bu küçük kız çocuğu, bu tür bir programda bir dergiden onun ölümüyle ilgili hissettiği şeyleri temsil eden şeyleri seçip keserek bir torbaya koyuyor.

TABLO: 14-2

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu**

1. En az bir yıl boyunca çocuk sıklıkla, tetikleyici durumlarla büyük ölçüde orantısız olan şiddetli öfke patlamaları yaşar.
2. Öfke patlamaları üç ortamdan (evde, okulda yaşıtlarıyla birlikteyken) en az ikisinde kendini gösterir.
3. Kişi öfke patlamaları arasında sürekli olarak sinirli ya da kızgındır.
4. Kişi bu tanıyı ilk kez 6-18 yaş aralığında alır.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

**karşıt olma karşı gelme bozukluğu** Çocukların yineleyici bir biçimde tartışmacı ve karşı gelen davranışlar, kızgın ve sinirli bir duygudurum ve bazı durumlarda da kin besleme örüntüsü gösterdiği bir bozukluk.

**davranım bozukluğu** Çocukların başkalarının temel haklarını yineleyici bir biçimde ihlal ettiği ve önemli düzeyde saldırganlık gösterdiği bir bozukluk.

# Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu

Çoğu çocuk zaman zaman kuralları ihlal eder veya uygun olmayan davranışlarda bulunur. Bununla birlikte sürekli olarak aşırı düzeyde karşıt olma ve karşı gelme davranışları sergilerlerse karşıt olma karşı gelme bozukluğu veya davranım bozukluğu tanısı alabilirler. **Karşıt olma karşı gelme bozukluğu** olan çocuklar, tartışmacı ve karşı gelen davranışlar, kızgın ve sinirli bir duygudurum ve bazı durumlarda da kin besleme örüntüsü gösterirler (Matthys ve Lochman, 2017). Yetişkinlerle defalarca tartışabilir, yetişkinlerin kurallarını ve isteklerini görmezden gelebilir, kasıtlı olarak diğer insanları kızdırabilir ve çok fazla öfke ve kızgınlık hissedebilirler. Çocukların yüzde 10 kadarı karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı almaktadır (Mash ve Wolfe, 2018, 2015). Bu bozukluk ergenlik döneminden önce erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha yaygındır ancak ergenlik döneminden sonra her iki cinsiyette de eşit oranda görülmektedir.

Daha ciddi bir sorun olan **davranım bozukluğu** olan çocuklar, başkalarının temel haklarını yineleyici biçimde ihlal ederler (APA, 2013). Genellikle saldırgandırlar ve insanlara veya hayvanlara fiziksel olarak acımasızca zarar verebilir, kasıtlı olarak diğer insanların mallarına zarar verebilir, çalabilir veya yalan söyleyebilir, okulu asabilir veya evden kaçabilirler (bk. **Tablo 14-3**). Birçoğu; yangın çıkarma, hırsızlık, dolandırıcılık, binalara veya arabalara izinsizce girme, gasp ve silahlı soygun gibi suçlar işleyerek mağdurları tehdit eder veya onlara zarar verir. Yaş ilerledikçe fiziksel şiddet eylemleri tecavüz veya nadir de olsa cinayeti içerebilir. Davranım bozukluğu belirtileri, Derek adlı 15 yaşındaki bir çocukla yapılan klinik görüşmenin aşağıdaki özetinde açıkça görülmektedir:

> *Yapılan polis sorgulaması, Derek'in 4 hafta önce hırsızlıktan tutuklandığında son zamanlarda ciddi şekilde belaya bulaştığını ortaya çıkardı. Derek, çok sayıda arkadaşıyla birlikte arabalara binip kaçmadan önce bir markette dolaşıp alabileceği her şeyi alırken başka bir arkadaşıyla birlikte yakalanmıştı. Bu olay, [bir elektronik] mağazasında ve bir giyim mağazasında benzer şeyler olduktan sonra gerçekleşmişti. Derek, mağazadan kaçarken onu geride bıraktıkları için tutuklanmasından arkadaşlarını sorumlu tutuyordu. Ancak zaten polis onu üç şeker çubuğu ve bir paket patates cipsi tutarken bulduğu için hırsızlıkla suçlamıştı. Derek, hırsızlıktan pişmanlık duymadığını ya da arkadaşlarından biri onu vitrine doğru ittiğinde yaralanan mağaza çalışanının kendisinin umrunda olmadığını söyledi. Örneğin mağaza çalışanının yaralandığı hakkında ona bilgi verildiğinde Derek, "Onu ben itmedim, o hâlde neden umurumda olsun ki?" şeklinde cevap vermişti.*
>
> *Psikolog, Derek'in diğer yasa ihlalleri hakkında daha fazla bilgi aldı ve onun oldukça kabarık bir sorun geçmişi olduğunu keşfetti. Derek, 10 ay önce okul arazisindeki camları kırmayı ve arabalara zarar vermeyi de kapsayan şekilde vandalizm nedeniyle tutuklanmıştı. Bu onun ilk suçu olduğu için 6 aylık şartlı tahliye ile serbest bırakılmıştı. Derek ayrıca yakalanmadığı birkaç hırsızlıktan, arabaları çalıp trafikte tehlikeli davranışlarda bulunduğu olaylardan ve okulu çoğu kez asmasından da bahsetti. Derek, akademik yılın başından beri 23 gün (günlerin yüzde 50'si) okula gitmemişti. Buna ek olarak komşularının dairelerine zorla girme girişimlerini de anlattı... Görüşme sırasında Derek kabadayı gibi davranmayı nadiren bırakmıştı.*
>
> *(Kearney, 2013, s. 87-88)*

Davranım bozukluğu genellikle 7 ile 15 yaşları arasında başlar (APA, 2013). Bu bozukluğu sergileyen çocukların dörtte üçü erkektir ve yüzde 5 ila 10'u bu tanıyı almaya uygun özellikler gösterir (Matthys ve Lochman, 2017). Nispeten hafif bir davranım bozukluğu olan çocuklar genellikle zamanla iyileşir ancak daha ağır seyreden vakalarda bu durum yetişkinlikte de devam edebilir ve antisosyal kişilik bozukluğu, başka bir psikolojik sorun ve/veya sürekli suç işlemeye dönük bir yaşam tarzı hâlini alabilir (Rivenbark ve diğ., 2018; Dishion ve Patterson, 2016). Araştırmalar, davranım bozukluğu geliştiren çocukların yüzde 80'inden fazlasında daha önceden karşıt olma karşı gelme bozukluğu örüntüsünün yaygın olduğunu göstermektedir (APA, 2013). Davranım bozukluğu olan çocukların üçte birinden fazlası da kısa süre sonra bu bölümde okuyacağınız bir bozukluk olan dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sergiler ve birçoğu da depresyon ve kaygı deneyimler (Wichstorm, Belsky ve Steinsbekk, 2017).

**TABLO: 14-3**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

**Davranım Bozukluğu**

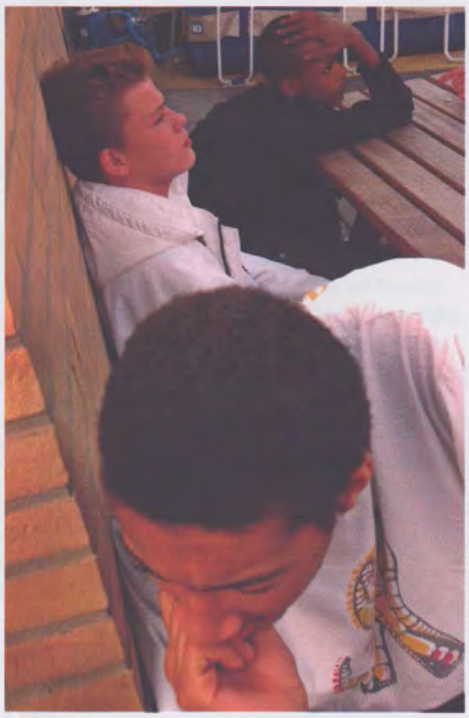
1. Birey, kendi yaşındaki çoğu insanın sergilediği ihlallerin ötesinde başkalarının haklarını yineleyici bir biçimde ihlal eder veya toplumun normlarını veya kurallarını görmezden gelir.
2. Son on iki ay içinde aşağıdaki özelliklerden en az üçünün varlığı (ve bunlardan en az birinin son altı ay içinde bulunması):
   Sık sık başkalarına gözdağı verme ve tehdit etme.
   Sık sık kavga başlatma.
   Tehlikeli silahlar kullanma.
   Başkalarına karşı fiziksel olarak acımasızca davranma.
   Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasızca davranma.
   Başkalarının gözü önünde çalma. Bir kişiyi cinsel etkinlikte bulunmaya zorlama. Yangın çıkarma. • Başkalarının eşyalarına bilerek zarar verme. Başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girme. Sıklıkla yalan söyleme. Başkaları görmeden çalma. 13 yaşından önce başlayarak ebeveynlerinin yasaklarına rağmen sık sık geceyi dışarıda geçirme. En az iki kez gece evden kaçma. Ergenlikten önce sık sık okuldan kaçma.
3. Bu bozukluk, işlevsellikte klinik olarak belirgin bir düşmeye neden olur.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

Bazı klinik kuramcılar; (1) bireylerin açık bir şekilde saldırgan ve karşı gelen davranışlar sergilediği *açık yıkıcı* örüntü, (2) açık bir şekilde saldırganlık içeren ancak yalan söyleme gibi tam olarak karşı gelme davranışları içermeyen davranışların baskın olduğu *açık yıkıcı olmayan* örüntü, (3) başkalarının arazisine izinsiz girme, malına zarar verme ve evlerine izinsiz girme ve yangın çıkarma gibi örtük yıkıcı davranışlarla kendini gösteren *örtük yıkıcı* örüntü ve (4) bireylerin okuldan kaçma gibi saldırgan olmayan davranışları gizli bir şekilde yaptıkları *örtük yıkıcı olmayan* örüntü gibi gerçekte pek çok davranım bozukluğu türü olduğunu düşünmektedir (Renk ve diğ., 2017; McMahon ve Frick, 2007, 2005).

Bazı araştırmacılar, bireyin sosyal olarak ayrıştığı ve başkalarına iftira atma, söylenti yayma ve arkadaşlıklarını manipüle etme gibi sosyal açıdan uygun olmayan davranışlarının öne çıktığı *ilişkisel saldırganlık* olarak nitelendirilen ve belirli davranım bozukluğu vakalarında bulunan farklı bir saldırganlık örüntüsü de tanımlamaktadır (Perry ve Ostrov, 2018; Murray-Close ve diğ., 2016). İlişkisel saldırganlık kızlar arasında erkeklerden daha yaygındır.

Davranım bozukluğu olan pek çok çocuk okuldan uzaklaştırılmakta, koruyucu aileye verilmekte veya hapis cezası almaktadır (Matthys ve Lochman, 2017). 8 ile 18 yaşları arasındaki çocuklar yasayı çiğnediğinde hukuk sistemi onları genellikle *suça itilmiş çocuklar* olarak etiketlemektedir (Krisberg, 2018). Erkek çocuklar, aralarındaki fark az olmakla birlikte kızlardan çok daha fazla suça karışmaktadır. Bu yüzyılın başından bu yana gençlerin ciddi suçlardan tutuklanma sayısının üçte bir oranında azalması umut vericidir (DOJ, 2017, 2014, 2010).


Thierry Dudoit/EXPRESS-REA/Redux

**Antisosyal davranış ve kanunlar** Davranım bozukluğu olan pek çok çocuk ve ergen, kanuna aykırı antisosyal davranışlar sergilediklerinde tutuklanarak *çocuk ıslahevi* veya *çocuk eğitim merkezlerine* gönderilir. Burada, Hollanda'daki bu tür bir merkezde mahkumlar etrafta oturarak, hareketsiz durarak ve düşünerek -ruh sağlıklarında veya davranışlarında iyileşme sağlamayı amaçlayan bir talimat çerçevesinde zorunlu olarak- saatler geçiriyor.

## Davranım Bozukluğunun Nedenleri Nelerdir?

Özellikle yıkıcı davranışlarla kendini gösteren pek çok davranım bozukluğu vakası, genetik ve biyolojik etkenlerle ilişkilendirilmiştir (Matthys ve Lochman, 2017). Ayrıca pek çok vaka uyuşturucu kullanımı, yoksulluk, travmatik olaylar ve akran şiddetine veya toplumsal şiddete maruz kalmaya da bağlanmıştır (McCloskey ve Drabick, 2018; Wymbs ve diğ., 2014). Bunların yanı sıra davranım bozukluğu genellikle sorunlu ebeveyn-çocuk ilişkileri, yetersiz ebeveynlik, aile çatışması, evlilik çatışması ve aile içi şiddetle ilişkilidir (Mash ve Wolfe, 2018; Dishion ve Patterson, 2016). Ebeveynleri onları reddeden, terk eden, baskı uygulayan veya istismar eden ya da uygun ve tutarlı bir denetim sağlamayan çocukların davranış problemleri geliştirme olasılıkları belirgin bir şekilde daha yüksektir. İlaveten ebeveynleri antisosyal davranışlar gösteren, aşırı öfkeli olan veya madde kötüye kullanımı, duygudurum veya şizofrenik bozuklukları olan çocukların bu tür bir bozukluk geliştirmeye daha yatkın olduğu görülmektedir (Wilson, 2017).

Gelişimsel psikopatoloji ilkelerini benimseyenler diğer psikolojik bozukluklara benzer şekilde davranım bozukluğunu açıklarken de bu çeşitli etkenler arasındaki *etkileşimlere* vurgu yapar (Fonagy ve Luyten, 2018; Holz ve diğ., 2018). Örneğin araştırmalar, kötü muameleye maruz kalan çocukların hepsinde olmasa da bazılarında davranım bozukluğunun sürekli hale geldiğini ortaya koymaktadır. Peki bu bozukluk neden sadece bazı çocuklarda bu şekilde bir özellik göstermektedir? Çeşitli araştırmalara göre kötü muameleye maruz kalmış bireyler MAOA geninin ("savaşçı gen" olarak adlandırılan bir gen) belirli bir varyasyonuyla doğmuşlarsa davranış problemleri geliştirmeleri özellikle muhtemeldir (Byrd ve diğ., 2018; Taylor ve Kim-Cohen, 2007). Öte yandan benzer şekilde kötü muameleye maruz kalan ancak bu özel genetik hassasiyeti taşımayan çocukların davranım bozukluğu geliştirme olasılığı neredeyse yoktur ve son olarak bu tür bir genetik çeşitliliğe sahip kişiler *kötü bir muamele görmediği sürece* bu durum onlar için davranım bozukluğu geliştirme konusunda yüksek bir risk oluşturmaz. Kısacası kötü muamele, davranış bozukluğu için yüksek bir risk faktörüdür ancak söz konusu etkenlerden yalnızca birinin etki ettiği çocukların bu bozukluğu geliştirme olasılığı önemli ölçüde daha düşük olmaktadır.

## Klinisyenler Davranım Bozukluğunu Nasıl Tedavi Eder?

Saldırgan davranışlar yaşla birlikte daha kalıcı hâle geldiği için davranım bozukluğuna yönelik tedaviler genellikle en çok 13 yaşından küçük çocuklarda etkili olmaktadır (Cornacchio ve diğ., 2017; Comer ve diğ., 2013). Bu bozukluğun tedavisinde farklı türde

### #CinsiyetAyrımı

Günümüzde şiddet içeren suçlar nedeniyle tutuklanan her beş gençten biri kadındır (DOJ, 2017).

**ebeveyn yönetimi eğitimi** Terapistlerin davranım bozukluğuna yönelik olarak aile işlevlerini geliştirmeye ve ebeveynlerin çocuklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için aile müdahaleleri ile bilişsel-davranışçı müdahaleleri birleştirerek uyguladığı bir tedavi yaklaşımı.

birkaç tedavi yaklaşımı ile orta düzeyde bir başarı sağlanmakla birlikte bu yaklaşımlardan hiçbiri bu zor sorunun tedavisine tek başına etkili bir çözüm getirememektedir (Bakker ve diğ., 2017). Günümüzde klinisyenler giderek artan şekilde bu yaklaşımları geniş kapsamlı bir tedavi programı çerçevesinde birleştirip uygulamayı tercih etmektedir.

**Ebeveyn Yönetimi Eğitimi** Davranım bozukluğunda aileden kaynaklanan etkenlerin önemi göz önüne alındığında birçok terapist aile işlevlerini iyileştirmek ve ebeveynlerin çocuklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için bir bütün hâlinde **ebeveyn yönetimi eğitimi** olarak bilinen aile müdahalelerinin ve bilişsel-davranışçı müdahalelerin birleştirilmiş bir formunu kullanır (He ve diğ., 2018; Kaminski ve Claussen, 2017). Ebeveyn yönetimi eğitiminin, davranım bozukluğu olan çocuğun yaşına bağlı olarak değişen çeşitli türleri vardır.

Okul öncesi çocuklarda kullanılan ebeveyn yönetimi eğitimlerinden biri *ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi* olarak adlandırılmaktadır (Elkins ve diğ., 2017; Hembree-Kigin ve McNeil, 2013). Bu yaklaşım kapsamında terapistler; ebeveynlere çocuklarına olumlu bir şekilde davranmayı, onlara uygun sınırlar koymayı, tutarlı davranışlar göstermeyi, adil ve yapılandırılmış bir disiplin yöntemi geliştirmeyi ve çocukla ilgili uygun beklentiler oluşturmayı öğretir. İdeal olarak bu çabalar, ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirir, ebeveynlerin tutumlarını iyileştirir, ebeveyn kontrolünü artırır, tutarlı bir ev ortamı oluşturulmasına katkıda bulunur ve çocuğun davranışında iyileşmeler sağlar. Terapistler okul öncesi çocuklar için benzer bir aile müdahalesi olan *video ile model olma* yönteminde ise aynı hedeflere ulaşmak için video araçlarını kullanır (Webster-Stratton, 2016).

Son yıllarda araştırmacılar ebeveyn-çocuk etkileşim terapisini *videokonferans* teknolojisini kullanarak ciddi davranış sorunları olan çocukların evlerindeki gerçek ortamlarında başarılı bir şekilde uygulamaktadır. Bu yolla ebeveynler, evdeki aile etkileşimlerini gerçek zamanlı olarak başka bir ortamda bulunan terapiste web kameraları aracılığıyla aktarır ve terapist de ebeveynlere bluetooth kulaklık aracılığıyla rehberlik eder. Araştırmalar videokonferans aracılığıyla uygulanan bu tekniğin, klinik ortamda uygulanan ebeveyn-çocuk etkileşim terapisine göre çocuk üzerinde daha olumlu sonuçları olabileceğini göstermektedir (Comer ve diğ., 2017, 2015).

**Terapistleri teknolojiyi gerçek ev ortamlarında tedavi amaçlı kullandığında bazı çocukların daha olumlu bir gelişme göstermesinin nedeni ne olabilir?**

Davranış sorunları olan çocuklar okul çağındaysa terapistler bu yöntemlere ek olarak ebeveynleri ve çocuğu *aile terapisine* dâhil edebilir (Vuori ve diğ., 2017, 2015; Kazdin, 2021, 2010, 2002). Terapistler aileye, çocuklarının değişmesi gereken davranışlarını tespit etmeleri için rehberlik edebilir ve sonraki aşamada ise -yazılı kılavuzlar, davranış denemeleri, alıştırmalar ve ev ödevleri yardımıyla- ebeveynlere çocuklarının istenmeyen davranışlarını ödüllendirmeyi nasıl durduracaklarını ve çocuklarının uygun davranışlarını tutarlı bir şekilde nasıl ödüllendireceklerini öğretebilir. Davranım bozukluğu olan okul öncesi çocuklar için ebeveyn yönetimi eğitiminin etkili olması gibi okul çağındaki çocuklar için de genellikle daha kapsamlı olan bu yaklaşım etkili olmaktadır (Kaminski ve Claussen, 2017; Forgatch ve Patterson, 2010).



Lee Lorenz/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Üniversite başvurunda anlatmak istediğin hikâye bu mu?"*

Birçok terapist, ebeveyn yönetimi eğitimine çocukların okul ortamlarını, sosyal yaşamlarını ve daha geniş toplumu kapsayan müdahaleleri de -çok sistemli terapi (*multisistematik terapi)* adı verilen müdahalelerin birleştirilmesini içeren yaklaşımı- eklemektedir. Çok sistemli terapi yaklaşımı ile çalışan bir terapist, sadece aile dinamiklerini iyileştirmeyi değil, aynı zamanda çocukların suç içeren davranışlar sergileyen akranları yerine daha uygun davranışlar sergileyen akranlarıyla ve rol modellerle geçirdikleri zamanı artırmayı da amaçlamaktadır. Tedavi amaçları, çocuğun notlarını yükseltmesine veya mesleki becerilerini geliştirmesine yardımcı olmayı ve ayrıca çocuğun spor etkinlikleri, okul kulüpleri veya mahalle organizasyonları gibi olumlu ve yapılandırılmış etkinliklere katılımını teşvik etmeyi içerebilir. Çok sistemli



AP Photo/Charles Krupa

**Çoklu travmalar** Boston bölgesindeki çok sayıda çocuk, 2013 yılında Boston Maratonu'na düzenlenen bombalı saldırının ardından travma sonrası stres bozukluğu ve/veya diğer türde psikolojik bozukluklar geliştirmiştir. Yaşadıkları bu sorunlar yalnızca bombalı saldırının yarattığı yıkıma (doğrudan veya televizyonda) tanık olmakla değil, aynı zamanda saldırıyı izleyen günlerde polisin şüphelileri bulmak için kapı kapı dolaşarak yaptığı aramalarla da tetiklenmiştir (Comer ve diğ., 2019, 2014). Burada bir kadın, SWAT ekibi böyle bir arama yapmak için evlerine girerken çocuğunu evden çıkarıyor.

terapi tipik olarak şiddetli ve karmaşık özellikler gösteren davranım bozukluğu vakalarına uygulanmasına rağmen araştırmalar bu bütünsel yaklaşımın genellikle küçük ama uzun süreli olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Bakker ve diğ., 2017; Tan ve Fajardo, 2017).

**Çocuk Odaklı Tedaviler** Ağırlıklı olarak davranım bozukluğu olan çocuğa odaklanan tedaviler, özellikle de bilişsel davranışçı müdahaleler, bazı durumlarda etkili olmaktadır (Bakker ve diğ., 2017; Kaminski ve Claussen, 2017). *Problem çözme becerileri eğitimi* adı verilen bir yaklaşım kapsamında terapistler, çocuklara olumlu düşünmeyi ve olumlu sosyal davranışları öğretmek için model alma, alıştırma yapma, rol oynama ve sistematik bir şekilde ödüllendirme gibi çeşitli yaklaşımları birleştirerek uygular. Terapistler çocukla oyun oynayabilir ve bazı görevler vererek çocukla birlikte bunlara çözümler üretebilir ve daha sonra bu oyunlar ve görevler aracılığıyla çocukların öğrendiklerini ve edindikleri becerileri gerçek yaşam durumlarına uygulamalarına yardımcı olabilir.

Başka bir çocuk odaklı yaklaşım olan *Başa Çıkma Gücü Programı*'nda ise davranış sorunları olan çocuklar, onlara öfkelerini daha etkili yönetmeyi, durumları farklı bir bakış açısı ile görmeyi, sorunları çözmeyi, duygularının farkına varmayı, sosyal becerilerini geliştirmeyi, hedefler koymayı ve akran baskısıyla başa çıkmayı öğretmeyi amaçlayan grup seanslarına katılırlar. Araştırmalar, bu tür bir yaklaşımın gerçekten de saldırgan davranışları azaltmaya ve ergenlikte madde kötüye kullanımını önlemeye yardımcı olduğunu göstermektedir (Helander ve diğ., 2018; Powell ve diğ., 2017).

Davranım bozukluğu olan bazı çocuklarda ilaç tedavisi de kullanılmaktadır. *Uyarıcı ilaçlar*, özellikle de çocukların belirtileri dürtüsellik ve aşırı hareketlilik içeriyorsa çocukların evde ve okulda sergiledikleri saldırgan davranışları azaltmaya yardımcı olabilmektedir (Baila ve diğ., 2018; Haggerty, 2017).

**Hastane Dışı Ortamda Yataklı Tedavi** Davranım bozukluğu olan bazı çocuklara hastane dışındaki bir merkezde uygulanan yataklı tedavi de yardımcı olmaktadır. Bu tür bir yaklaşım olan *koruyucu aile müdahalesinde* davranım bozukluğu olan kız ve erkek çocuklar, çocuk adalet sistemi tarafından toplumdaki koruyucu bir ailenin yanına verilir (Sinclair ve diğ., 2016; Henggeler ve Sheidow, 2021). Bu süreçte çocuklar, koruyucu ebeveynleri ve öz ebeveynleri aile terapisi, çocuğa yönelik bireysel tedavi, okul yönetimi, şartlı tahliye ve gözetim memurlarıyla gerçekleştirilen toplantılar da dâhil olmak üzere çeşitli türde eğitimler ve müdahaleler alırlar. Ayrıca çocuklar koruyucu aileden ayrıldıktan sonra da çocuklar ve ebeveynleri tedavi ve destek almaya devam etmektedir. Hastane dışındaki bir merkezde uygulanan bu tür bir yataklı tedavinin aksine sözde *çocuk eğitim merkezleri* başarılı bir şekilde kurumsallaşamamıştır (Stahlberg ve diğ., 2010; Heilbrun ve diğ., 2005). Hatta bu tür kurumlar, genç suçluların

Çocuk eğitim merkezleri, genç suçlular arasında yeniden suç işleme oranının yükselmesine nasıl katkıda bulunuyor olabilir?

**#YardımaİhtiyaçVar**

Çocuk adalet sistemindeki çocukların ve gençlerin yaklaşık yüzde 70'i en az bir tane ruh sağlığı sorunu yaşamaktadır (NAMI, 2018).

yeniden sosyalleşmelerini sağlamak yerine sıklıkla onların suça yönelik davranışlarını daha da güçlendirmeye hizmet etmektedir.

**Önleme** Davranım bozukluğu sorunuyla başa çıkmak için en umut verici yaklaşım, çocukluk döneminin erken aşamalarında uygulanan *önleme* programları olabilir (CDC, 2018; Toth ve diğ., 2016). Bu programlar, bir davranım bozukluğu gelişmeden önce bu duruma yol açabilecek olumsuz sosyal koşulları değiştirmeyi amaçlar. Önleme programları genel olarak gençlere eğitim imkânlarından, aktivite merkezlerinden ve sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı sunar. Ayrıca bu tür programlar yoksulluğun yarattığı stresi hafifletmeyi, daha olumlu bir okul ortamı yapılandırmayı ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme becerilerini geliştirmeyi de amaçlayabilir. Bu türdeki yaklaşımlar en çok aileye eğitim verildiğinde ve aile de sürece dahil edildiğinde etkili olmaktadır.

# Dışa Atım Bozuklukları

Dışa atım bozuklukları olan çocuklar; giysilerine, yatağa veya yere yineleyici bir biçimde idrar ya da dışkı kaçırır. Bunu hâlihazırda bu bedensel işlevleri kontrol etmeleri beklenen bir yaşa ulaşmış olmalarına rağmen gerçekleştirirler ve belirtileri fiziksel bir hastalıktan kaynaklanmamaktadır.

## Enürezis

**Enürezis** istemsiz (veya bazı durumlarda isteyerek) kişinin iç çamaşırını veya yatağını yineleyici bir biçimde ıslatmasıdır. Bu durum genellikle geceleri uyku sırasında ortaya çıkar ancak gün içinde de kendini gösterebilir. Bu tanının konulabilmesi için çocuğun en az 5 yaşında olması gerekir (Tu, Baskin ve Arnhym, 2017; APA, 2013). Sorun, hastaneye yatırılma, okula başlama veya aile sorunları gibi stresli olaylarla tetiklenebilir.

Enürezis görülme sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır. 5 yaşındaki çocukların yüzde 33'ünde bazı zamanlarda yatak ıslatma davranışı görülmekte ve yüzde 16'sı da enürezis tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Bunun aksine 10 yaşındaki çocukların yüzde 5'inde ve 15 yaşındakilerin yüzde 2'sinden azında enürezis görülmektedir (Kosilov ve diğ., 2018; Tu ve diğ., 2017). Bu tür bir bozukluğun sayısı kız çocuklarına göre erkek çocuklarında 2'de 1 oranında daha fazla görülmektedir. Enürezisi olanların genellikle aynı bozukluğa sahip veya gelecekte bu tür bir bozukluk geliştirmeye yatkın bir akrabası (ebeveyn, kardeş) vardır.

Kuramcılar, enürezis için bir dizi olası neden öne sürmüştür ancak bu nedenlerden hiçbiri araştırmalar tarafından güçlü bir şekilde desteklenmemiştir (Tu ve diğ., 2017; Kim ve diğ., 2014). Bu bozukluğa sahip pek çok kişi herhangi bir tedavi almadan da iyileşebilmektedir. Ancak tedaviler, özellikle de bilişsel-davranışçı terapi, bu iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir (Tu ve Baskin, 2018). Yaygın olarak kullanılan ve klasik koşullanmayı içeren bir yaklaşım olan *zil ve batarya yönteminde* bir zil ve bir batarya iki metalik folyo tabakadan oluşan bir beze bağlanır ve aparatın tamamı yatmadan önce çocuğun altına yerleştirilir (Kosilov ve diğ., 2018; Mowrer ve Mowrer, 1938). Tek bir damla idrar bile zili harekete geçirir ve çocuğu altını ıslatmaya başlar başlamaz uyandırır. Böylece dolu bir mesane hissi (koşullu uyaran) ile eşleştirilmiş zil (koşulsuz uyaran) uyanma tepkisini ortaya çıkarır. En nihayetinde tek başına dolu bir mesane çocuğun altını ıslatmadan uyanmasını sağlar.

Bir başka etkili bilişsel-davranışçı tedavi yöntemi de *kuru yatak eğitimidir*. Bu yaklaşımda çocuklar idrarlarını tutmayı kontrol etme konusunda eğitim alırlar, gece boyunca belli aralıklarla uyanırlar, yataktan kalkıp tuvalete gitme alıştırması yaparlar ve buna karşılık olarak uygun şekilde ödüllendirilirler. Zil ve batarya tekniği gibi bu davranışsal yaklaşım da genellikle etkilidir.




AP Photo/Katy Winn

**The Bedwetter** Sıradışı komedyen Sarah Silverman, en çok satan kitabı *The Bedwetter*'ın (Yatak Islatan) bir kopyasını elinde tutuyor. Biyografi türündeki bu kitapta, enürezis ve diğer duygusal zorluklarla ilgili çocukluk deneyimlerini kapsamlı bir şekilde ve genellikle kendini açma, acı ve mizahı harmanlayarak aktarmaktadır.

## Enkoprezis

Kirletme olarak da adlandırılan **enkoprezisi** olan çocuklar yineleyici bir biçimde iç çamaşırlarına dışkı kaçırırlar (Mash ve Wolfe, 2018; Sood, 2018). Bu bozukluk enürezise göre daha az yaygındır ve aynı zamanda daha az araştırılmıştır. Bu sorun nadiren geceleri uyku sırasında ortaya çıkar. Genellikle istemsizdir, 4 yaşında veya daha büyük yaşlarda başlar ve tüm çocukların yaklaşık yüzde 1,5 ila 4'ünde görülür (bk. **Tablo 14-4**). Bozukluk erkeklerde kızlardan çok daha yaygındır.

TABLO: 14-4

## Çocukluk Çağı Bozukluklarının Karşılaştırılması

| Bozukluk | Genel Başlangıç Yaşı | Çocuklar Arasında Yaygınlığı | Daha Yaygın Görüldüğü Cinsiyet | Yüksek Oranda Aile Öyküsü | Yetişkinlikle Birlikte İyileşme |
|---|---|---|---|---|---|
| Ayrılma kaygısı bozukluğu | 12 yaşında önce | %4-%10 | Kadınlar | Evet | Genellikle |
| Seçici konuşmazlık | 2-4 yaş arası | %1 | Kadınlar | Evet | Sıklıkla |
| Davranım bozukluğu | 7-15 yaş arası | %5-10 | Erkekler | Evet | Sıklıkla |
| Enürezis | 5-8 yaş arası | %7 | Erkekler | Evet | Genellikle |
| Enkoprezis | 4 yaşından sonra | %1,5-%4 | Erkekler | Belirsiz | Genellikle |
| DEHB | 12 yaşından önce | %7 | Erkekler | Evet | Sıklıkla |
| Otizm spektrum bozukluğu | 0-3 yaş arası | %2 | Erkekler | Evet | Bazen |
| Özgül öğrenme bozukluğu | 6-9 yaş arası | %5-%10 | Erkekler | Evet | Sıklıkla |
| Entelektüel yetersizlik | 10 yaşından önce | %1-%3 | Erkekler | Belirsiz | Bazen |

Bilgi kaynağı: AAIDD, 2018; Augustyn, 2018; CDC, 2018, 2017; Hamilton, 2018, 2017; Hannesdottir, 2018; Krull, 2018; Lerner ve diğ., 2018; Pivalizza ve Lalani, 2018; SMA, 2018; Sood, 2018; von Hahn, 2018, 2017; Matthys ve Lochman, 2017; Tu ve diğ., 2017; APA, 2013.

Enkoprezis ağır sosyal sorunlara, utanç ve mahcubiyet duygusuna neden olur (Sood, 2018; NLM, 2015). Bu sorunu olan çocuklar genellikle bunu gizlemeye ve kamp veya okul gibi kendilerini utandırabilecek durumlara neden olabilecek ortamlardan kaçınmaya çalışırlar. Bu durum kabızlık, stres, yanlış tuvalet eğitimi veya bu etkenlerin etkileşimi gibi biyolojik etkenlerden kaynaklanabilmektedir (Sood, 2018). En yaygın neden olan kabızlık, vakaların yüzde 80'inde önemli bir faktördür. Fiziksel problemler yaygın bir şekilde bu bozuklukla bağlantılı olduğundan genellikle önce tıbbi bir muayene yapılır.

Enkoprezis için en yaygın ve başarılı tedaviler arasında bilişsel-davranışçı yaklaşım, tıbbi yaklaşım veya her ikisinin birlikte uygulanması gibi yaklaşımlar yer almaktadır (Sood, 2018; Call ve diğ., 2017). Tedavi, çocukların kabızlığını ortadan kaldırmaya yönelik olarak çocukların bağırsakları dolu olduğunda bunu daha iyi fark etmelerine yardımcı olmayı hedefleyen biyolojik geri bildirimi (bk. sayfa 259-260) ve düzenli bağırsak işleyişine katkı sağlayan yüksek lifli gıdaları içeren diyetlerin, mineral içeren yağların, müshillerin ve kayganlaştırıcıların uygulanması gibi müdahaleleri içerebilir. Bu bozukluğun tedavisinde aile terapisinin de yararlı olduğu kanıtlanmıştır.

## ...ÖZETLE

**KARŞIT OLMA KARŞI GELME, DAVRANIM VE DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI** Karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocuklar yetişkinlerle yineleyici bir biçimde tartışır, yetişkinlerin kurallarını ve isteklerini görmezden gelir ve yoğun öfke ve kızgınlık duyguları hisseder. Daha şiddetli bir kural ihlali ve saldırganlık örüntüsü olan davranım bozukluğu olanlar ise başkalarının temel haklarını yineleyici bir biçimde ihlal eder. Davranım bozukluğu olan çocuklar genellikle şiddete eğilimli ve zalimdir ve kasıtlı olarak mülke zarar verebilir, çalabilir ve evden kaçabilirler. Açık yıkıcı örüntü, açık yıkıcı olmayan örüntü, örtük yıkıcı örüntü, örtük yıkıcı olmayan örüntü ve ilişkisel saldırganlık örüntüsü gibi çeşitli türlerde davranım bozuklukları tanımlanmıştır. Bu bozukluğun tedavisine yönelik olarak klinisyenler, ebeveyn yönetimi eğitimi (ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi dâhil), multisistematik terapi, problem çözme becerileri eğitimi, Başa Çıkma Gücü Programı ve koruyucu aile tedavisi gibi yaklaşımları kullanmaktadır. Ayrıca çok sayıda önleme programı da geliştirilmiştir.

Dışa atım bozukluğu olan çocuklar -enürezis veya enkoprezis- uygun olmayan yerlerde yineleyici bir biçimde idrar veya dışkı kaçırır. Zil ve batarya tekniği gibi bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, enürezisin tedavisinde etkili yöntemlerdir.

**enürezis** Yineleyici bir biçimde yatak ıslatma veya giysilerini ıslatma ile kendini gösteren bir çocukluk çağı bozukluğu.

**enkoprezis** Uygun olmayan yerlerde yineleyici bir biçimde, örneğin giysilere, dışkı kaçırma ile kendini gösteren bir çocukluk çağı bozukluğu.

**nörogelişimsel bozukluklar** Doğumda veya çocukluk döneminin çok erken aşamalarında ortaya çıkan ve bireyin davranışını, belleğini, odaklanmasını ve/veya öğrenme becerisini etkileyen DEHB, otizim spektrum bozukluğu ve entelektüel yetersizlik gibi beynin işleyişindeki bozulmaları içeren bir bozukluk grubu.

**dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB)** Dikkati odaklamakta güçlük veya aşırı hareketli ve dürtüsel davranış veya her ikisi ile kendini gösteren bir bozukluk.

# Nörogelişimsel Bozukluklar

**Nörogelişimsel bozukluklar**, doğumda veya çocukluk döneminin çok erken aşamalarında ortaya çıkan ve bireyin davranışını, belleğini, odaklanmasını ve/veya öğrenme becerisini etkileyen beynin işleyişindeki bozulmaları içeren bir bozukluk grubudur. Bu bölümün başında da okuduğunuz gibi ilk kez çocuklukta ortaya çıkan bazı bozukluklar yaşla birlikte azalmaktadır. Ancak nörogelişimsel bozukluklar genellikle kişinin yaşamı boyunca önemli bir etkiye sahiptir.

Nörogelişimsel bozukluklar arasında önde gelen üç bozukluk, *dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu* ve *entellektüel yetersizliktir*. Bu sorunların her biri kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Ayrıca klinisyenler bu sorunlara yönelik olarak, her zaman olmasa da, bazı durumlarda kişilerin yaşamlarında büyük bir fark yaratabilen bir dizi tedavi yaklaşımı da kullanmaktadır.

## Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklar, görevleri yerine getirmede büyük bir güçlük çekerler veya aşırı hareketli ve dürtüsel şekilde davranırlar veya her iki durumu da sergilerler (APA, 2013) (bk. **Tablo 14-5**). DEHB, bu bölümün başında yaşadığı sorunlardan bahsedilen Ricky'de de olduğu gibi genellikle çocuk okula başlamadan önce ortaya çıkar. Steven da belirtileri yaşamın çok erken dönemlerinde başlayan başka bir çocuktur:

> *Steven'ın annesi, oğlunun başını derde sokmadığı bir zamanı hatırlayamıyor. Bebekken inanılmaz derecede hareketliymiş, o kadar hareketliymiş ki neredeyse beşiğini sallıyormuş. O dönem beşiğin tüm cıvataları ve vidaları sürekli olarak gevşiyormuş ve belli aralıklarla sıkılaştırılması gerekiyormuş. Steven ayrıca her zaman yasak olan yerlere gidiyor, ecza dolabına uzanıyor ya da mutfak lavabosunun altından geçiyormuş. Bir keresinde biraz deterjan yutmuş ve acil servise götürülmesi gerekmiş. Aslında Steven çok daha fazla kaza geçirmiş ve ağabeyi ve küçük kız kardeşinden de daha sakarmış... Her zaman hızlı hareket ediyormuş. Annesi, Steven'ın aradaki aşamada çok az bir yürüyüşle emekleme aşamasından hızlıca koşma aşamasına geçtiğini hatırlıyor.*
>
> *Steven anaokuluna girdiğinde gerçek anlamda bir sorun gelişmeye başlamış. Okula başladığından beri hem kendinin hem de öğretmeninin hayatı gittikçe zorlaşmış. Anlaşılan o ki Steven verilen görevlere katılım sağlayabilecek ve talimatları uygulayabilecek bir durumda değildi. Öğretmenin izni olmadan bir sınıf arkadaşıyla konuşmayı veya odada dolaşmayı tercih ediyordu. Oturduğunda ve öğretmen onun çalıştığından emin olmak için gözleri üzerinde olduğunda Steven'ın vücudu hâlâ hareket hâlinde oluyor ya kalemine dokunuyor, kıpırdanıyor ya da pencereden dışarı bakıp hayallere dalıyordu. Steven anaokulundan nefret ediyordu ve uzun süreli çok az arkadaşı vardı. Aslında, okul kuralları ve gereklilikleri onun için uyum göstermesi imkânsız zorluklar gibi görünüyordu. Uyumsuzluğunun etkileri artık Steven'ın okul ödevlerine ve tutumuna da yansıyordu. Akademik olarak geride kalmıştı ve yeni kavramları öğrenmekte gerçekten güçlük çekiyordu. Artık, öğretmenin sözünü dinlemiyordu ve ona karşılık vermeye başlamıştı.*
>
> *(Gelfand, Jenson ve Drew, 1982, s. 256)*

DEHB belirtileri sıklıkla birbiriyle ilişkili olabilir. Dikkatini odaklamakta güçlük çeken çocuklar, aynı anda birkaç farklı yöne koşmaya çalışıp bir görevden diğer bir göreve geçiş yapmaya devam edebilir. Benzer şekilde sürekli hareket eden çocuklar da görevlere katılmakta veya mantıklı kararlar vermekte zorlanabilir. Çoğu durumda bu belirtilerden biri diğerinden çok daha fazla öne çıkar. DEHB olan çocukların yaklaşık yarısı aynı zamanda öğrenme veya iletişim sorunları da yaşamaktadır. Çoğu çocuk okulda düşük bir performans sergilemekte, bazıları ise diğer çocuklarla etkileşime geçmekte güçlük çekmekte ve yaklaşık yüzde 80'i genellikle oldukça ciddi bir şekilde diğer çocuklara karşı uygun olmayan davranışlarda bulunmaktadır (Mash ve Wolfe, 2018). Bu sorunu olan çocuklar ayrıca duygularını kontrol etmekte büyük zorluklar yaşayabilmekte ve bazılarında kaygı veya duygudurumla ilişkili sorunlar da görülebilmektedir.

Tüm çocukların yaklaşık yüzde 7'si, yüzde 70'i erkek olmak üzere herhangi bir dönemde DEHB geliştirebilmektedir (Krull, 2018; APA, 2013). Ebeveynlerinde DEHB

### #OkulPerformansı

DEHB olan çocukların yüzde 90'ından fazlası eğitimsel olarak yeterli başarı gösterememektedir.

DEHB olan çocukların yüzde 23 ila 32'si lise eğitimini tamamlayamamaktadır.

(ADDitude, 2017; Dendy, 2016; Rapport ve diğ., 2008)

TABLO: 14-5

## Tanı İçin Kontrol Listesi

**Dikkat Eksiliği/Hiperaktivite Bozukluğu**

1. Kişide aşağıdaki örüntülerden biri veya her ikisi birlikte bulunur:

(a) Kişi belli bir dereceye kadar gelişimsel düzeyine uygun olmayan ve işlevselliğini bozan aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden en az altısını en az 6 aydır sıklıkla göstermektedir: * Ayrıntılara özen göstermez ya da sıklıkla dikkatsizce yanlışlar yapar. * Dikkatini sürdürmekte güçlük çeker. * Doğrudan kendisine doğru konuşulurken dinlemiyor gibi görünür. * Verilen yönergeleri izleyemez ve işleri tamamlayamaz. * Düzensizdir. * Sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır ya da bu tür işleri sevmez. * Bir işin tamamlanabilmesi için gerekli olan nesneleri kaybeder. *Dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır. * Gündelik işleri yapmayı unutur.

(b) Kişi belli bir dereceye kadar gelişimsel düzeyine uygun olmayan ve işlevselliğini bozan aşağıdaki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden en az altısını en az 6 aydır sıklıkla göstermektedir: *Kıpırdanır, ellerini ya da ayaklarını yere vurur. * Oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar. * Uygunsuz ortamlarda ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. *Sessiz bir biçimde oyun oynayamaz. *Her an hareket hâlindedir. *Aşırı konuşur. *Sorulan soru tamamlanmasını beklemeden yanıt verir. * Sırasını bekleyemez. * Başkalarının sözünü keser ya da etkinliklerin arasına girer.

2. Kişi on iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtisi göstermiştir.

3. Kişi bu belirtileri iki ya da daha fazla ortamda gösterir.

4. Bu belirtiler kişinin işlevselliğini belirgin bir şekilde bozar.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

olan çocukların diğer çocuklara göre bu bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksek olmaktadır. Bu bozukluk genellikle çocukluk dönemi boyunca devam eder. Çoğu çocukta belirtiler ergenlik döneminin ortalarına doğru azalma gösterir ancak DEHB çocukların yüzde 60'ında, özellikle de daha şiddetli belirtileri olanlarda, yetişkinlik döneminde de devam eder (Bukstein, 2018; APA, 2013). Huzursuzluk ve aşırı hareketlilik gibi belirtiler genellikle yetişkin vakalarda çocuklarda olduğu kadar belirgin değildir.

DEHB'yi doğru bir şekilde değerlendirmek zordur (Sibley, Campez ve Raiker, 2018). En ideali, çocuğun davranışının çeşitli ortamlarda (okulda, evde, arkadaşlarıyla birlikteyken) gözlemlenmesidir çünkü DEHB tanısı konulabilmesi için hiperaktivite ve dikkati odaklamadaki güçlük belirtilerinin birden fazla ortamda kendini gösteriyor olması gerekmektedir (APA, 2013). Değerlendirmede tanısal görüşme, derecelendirme ölçekleri ve psikolojik testler gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmalıdır ancak bu tanı birçok çocuğa sistematik bir ruh sağlığı değerlendirmesinden ziyade çocuk doktorları veya aile hekimleri tarafından konulmaktadır. DEHB tanılarının en fazla üçte biri psikolojik veya eğitimsel testlere dayanmaktadır (Mattingly, Wilson ve Rostain, 2017; Mllichap, 2010). Kapsamlı araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde çok fazla DEHB tanısı konulduğunu göstermektedir (Krull, 2018; Rydell ve diğ., 2018).




AP Photo/The Patriot-News, Dan Gleiter

**Dikkat "oyunu"** *Play Attention* adlı bir bilgisayar programı da dâhil olmak üzere DEHB olan çocukları anlamaya ve tedavi etmeye yardımcı olmak için çok sayıda teknik kullanılmaktadır. Burada bir davranış uzmanının gözetiminde bir çocuk, dikkat gerektiren görevleri yerine getirirken beyin dalgalarını ölçen bir bisiklet kaskı takıyor.

**DEHB'nin Nedenleri Nelerdir?** Günümüzde klinisyenlerinin çoğu DEHB'nin birbirleriyle etkileşim hâlinde olan çeşitli türde nedenlerden kaynaklandığını düşünmektedir (Baykal ve diğ., 2019; Krull, 2018). Örneğin birçok duruma yönelik olarak bazı biyolojik etkenler tanımlanmıştır. DEHB'ye katkıda bulunabilecek beyin işlevleri ile ilişkili etkenlerin etkisini anlamak için önce insanda dikkatin normal işleyişini anlamak gerekir. Anbean dikkatimizi oluşturan iki tamamlayıcı süreç vardır (Nigg, 2017, 2016). *Tip 1 dikkat süreçleri* istemli kontrolümüzün dışında gelişir ve dikkatimizi çevremizde meydana gelen ani sesler veya şaşırtıcı bilgiler gibi beklenmedik şeylere yönlendirir. Bunun tersine *tip 2 dikkat süreçleri* ise istemli şekilde kontrol ettiğimiz zihinsel etkinliklerdir ve dikkatimizi odaklamamız için çaba göstermemizi gerektirir. Çevremize uygun şekilde dikkat edebilmemiz için tip 1 ve tip 2 dikkat süreçlerimiz arasında uygun bir etkileşimin olması gerekmektedir. Örneğin birçok durumda hedeflerimize




Laurence Griffiths/Getty Images

**Başka türden bir yarışma** Tarihin en çok ödül alan Amerikalı jimnastikçisi Simone Biles, 19 yaşında 2016 Olimpiyat Oyunları'nda denge çubuğu yarışmasında performans sergiliyor. Bilgisayar korsanları tıbbi bilgilerini ifşa ettikten sonra Biles, gururla DEHB tanısı olduğunu ve bu özel durumu nedeni ile Dünya Dopingle Mücadele Ajansının (WADA) onu metilfenidat kullanım yasağından muaf tuttuğunu duyurdu. Konu ile ilgili bir Tweet de attı: "DEHB tanısına sahip olmak ve bunun için ilaç kullanmak utanılacak bir şey değil."

ulaşabilmemiz için tip 2 dikkat süreçlerimizin tip 1 dikkat süreçlerimizi baskılaması önemlidir. Kitap okuduğunuz sırada aniden dışarıda şimşek ve gök gürültüsü olursa tip 1 dikkat süreçleriniz odağınızı anlık olarak bu beklenmedik görüntü ve sese otomatik bir şekilde yeniden yönlendirebilir. Bununla birlikte kitap okumaya devam etmek için tip 2 dikkat süreçlerinizi, dikkatinizi dışarıdaki rahatsız edici havadan istemli bir şekilde kitabınıza odaklayacak şekilde yönlendirmeniz gerekir.

DEHB'de bulunan zayıf dikkat belirtileri, genellikle tip 1 ve tip 2 dikkat süreçleri arasındaki dengenin bozulması olarak nitelendirilmektedir (Nigg, 2017, 2016). DEHB olan çocuklar, Tip 1 "acil durum alarmlarını" baskılamak için tip 2 dikkat süreçlerini devreye sokmakta özellikle güçlük çekerler ve bunun sonucunda da evde, okulda ve sosyal durumlarda başarılı bir şekilde işleyişini sağlamak için dikkatlerini istemli bir şekilde yeniden odaklamakta güçlük çekerler.

Beyin taraması çalışmalarında, dikkati ortaya çıkarmak, tip 1 ve tip 2 dikkat süreçleri arasında uygun bir denge sağlamak için beynin tümünü kapsayacak şekilde birlikte çalışan ve çok sayıda yapıyı içeren bir *dikkat döngüsü* tanımlanmıştır. Bu döngüde bulunan bazı beyin yapılarını (örneğin *prefrontal korteks, ön singulat ve striatum*) diğer beyin döngüleriyle ilgili bilgilerin aktarıldığı önceki bölümlerde okumuştunuz. *Korona radiata* ve *longitudinal fasikulus* gibi yapılar ise bu kitapta daha önce değinilmemiş olan dikkat döngüsündeki diğer yapılardır. Dikkat döngüsü ile DEHB arasındaki olası ilişkiler üzerine gerçekleştirilen araştırmalar hala gelişim aşamasındadır ancak bugüne kadar yapılan bu araştırmalardan elde edilen veriler DEHB olan bireylerde bu döngüde bulunan yapılar arasında zayıf bir iletişim (hatalı *bağlantısallık*) ve ayrıca bu döngü boyunca dopamin nörotransmitterinin anormal aktivitesi ile belirgin işlevsel olmayan bir dikkat döngüsü olduğunu göstermektedir (Gehricke ve diğ., 2017; Nigg, 2017, 2016). Bu bireylerdeki işlevsel olmayan dikkat döngüsü nedeni ile tip 2 dikkat süreçleri çoğu kez tip 1 dikkat süreçlerini baskılayamaz.

Biyolojik etkenlere ek olarak DEHB yüksek seviyelerde stres ve aile işlevlerindeki sorunlarla da ilişkilendirilmektedir (Krull, 2018). Aslında bazı araştırmalar, bu olumsuz etkenlerin Tip 2 dikkat süreçlerinin etkili gelişimini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Nigg, 2017, 2016). Ayrıca sosyokültürel kuramcılar tek başına DEHB belirtilerinin ve DEHB tanısının da kişilerarası sorunlar yaratabileceğini ve çocukta daha fazla belirtinin ortaya çıkmasına neden olabileceğini belirtmektedir. Yani akranları ve ebeveynleri tarafından olumsuz algılanma eğilimi olan aşırı hareketli çocuklar, olumsuz akran ilişkilerine sahip olmakta ve buna karşılık kendilerini de olumsuz görmektedir (Ross ve Grazino, 2018).

## DEHB Nasıl Tedavi Edilir?

DEHB olan tüm çocukların ve ergenlerin neredeyse yüzde 80'i tedavi almaktadır (CDC, 2018). En yaygın kullanılan yaklaşımlar ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı terapi veya ikisinin birlikte uygulanmasıdır (Krull, 2018).

DEHB tanılı milyonlarca çocuk ve yetişkin halihazırda onlarca yıldır piyasada bulunan ve uyarıcı bir ilaç olan **metilfenidat** veya bazı diğer uyarıcılar kullanılarak tedavi edilmektedir. Günümüzde çok sayıda ilaç üreticisi metilfenidat üretiyor olsa da bu ilaç genellikle *Ritalin* veya *Concerta* şeklinde ünlü ticari isimleriyle tanınmaktadır. Araştırmacılar, metilfenidatın DEHB tanılı çocuklar üzerindeki sakinleştirici etkilerini ve odaklanmalarına, karmaşık görevleri çözmelerine, okulda daha iyi performans göstermelerine ve saldırganlığı kontrol etmelerine yardımcı olma özelliğini kanıtladıkça ilacın kullanımı büyük oranda artmıştır -bazı tahminlere göre, bu ilacın kullanımında yalnızca 1990'dan bu yana yaklaşık üç kat artış meydana gelmiştir (Hawk ve diğ., 2018; Krull, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde okul çağındaki tüm çocukların yüzde 3'ünü oluşturan yaklaşık 2,2 milyon çocuk, DEHB için düzenli şekilde metilfenidat kullanmakta ve bu sayı her geçen gün artış göstermektedir (Bachmann ve diğ., 2017; Olfson

**Son birkaç on yılda DEHB'nin tanı ve tedavisinde neden önemli bir artış olmuştur?**

## #ÖzlüSözler

"Hekimin talimatlarına uymayarak hiperaktif kızlarına ilaç tedavisi aldırmadıkları ve bunun yerine onun gerçekten ne yaşadığını anlamaya çalıştıkları için cennetteki anneme ve babama teşekkür etmek isterim."

Audra McDonald Tony Ödülü kazanan şarkıcı ve oyuncu

ve diğ., 2016). *Adderall* gibi amfetaminler DEHB tanılı çocuklar için giderek daha fazla reçete edilmesine rağmen metilfenidat DEHB için günümüzde hâlâ en yaygın kullanılan tedavi yöntemidir (Safer, 2016).

**metilfenidat** DEHB tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılan, daha çok *Ritalin* ve *Concerta* gibi ticari isimlerle tanınan uyarıcı bir ilaç.

Yaygın olarak kullanılmasına rağmen metilfenidat, bazı endişeleri de gündeme getirmiştir. Öncelikle birçok klinisyen bu çeşitli uyarıcı ilaçların olası uzun vadeli etkileri konusunda endişelenmekte ve bazıları da ilaç çalışmalarının (çoğu İspanyol kökenli olmayan beyaz Amerikalı çocuklar üzerinde yapılan) olumlu bulgularının azınlık gruptaki çocuklar için ne ölçüde geçerli olabileceğini sorgulamaktadır (Ji ve diğ., 2018; Cummings ve diğ., 2017). İkinci olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde çok fazla DEHB tanısı konuluyor olması göz önüne alındığında aslında uyarıcı ilaç alan birçok çocuğa da yanlış tanı konmuş olabilir (Rydell ve diğ., 2018; Merten ve diğ., 2017). Üçüncü olarak ise uyarıcı ilaçlar kısa vadede çocukların dikkatinde ve davranış kontrolünde iyileşmeler sağlasa da araştırmalar bu tür tedavilerin akran ilişkilerinde veya aile dinamiklerinde olumlu değişikliklere ve uzun vadeli anlamlı iyileşmelere yol açtığını her zaman göstermemektedir (Rajeh ve diğ., 2017).

DEHB tanılı bireylerde bilişsel-davranışçı terapi sıklıkla kullanılmaktadır. Birçok durumda ebeveynlere ve öğretmenlere çocukların dikkatlilik veya öz denetim için sistematik olarak ödüllendirilmesini içeren edimsel koşullanma ilkelerini nasıl uygulayacakları öğretilir. Örneğin çocukların uygun davranışlar ve tepkiler sergilediklerinde jeton kazandıkları ve daha sonraki aşamalarda bu jetonların farklı türde ödüllerle değiştirilebildiği bir *jetonla ödüllendirme programı* oluşturabilirler (Krull, 2018). DEHB olan birçok çocuk, sınıf benzeri formatlarda sistematik bilişsel-davranışsal müdahaleleri içeren sekiz haftalık terapötik yaz kamplarına da katılmaktadır (Sibley ve diğ., 2018; Evans, Owens ve Bunford, 2014).


Jose Azel/Aurora

DEHB tanılı çocukların ebeveynleri, davranım bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin aldığı eğitime benzer şekilde ebeveynlerin çocuklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için uygulanan *ebeveyn yönetimi eğitimi* ile bilişsel-davranışçı tekniklerin birleştirildiği bir eğitim de alabilir. Dahası ebeveyn yönetimi eğitimi ve edimsel koşullanma yöntemleri *okul temelli müdahalelerle* birleştirilebilir (Sanchez ve diğ., 2018). Bu tür bir bütünsel program olan *Günlük Rapor Kartı (GRK)* programında çocuğun hedef davranışları -sınıf sırasında oturmak, söz almak için elini kaldırmak ve "iç ses" kullanmak- öğretmenler tarafından dikkatlice değerlendirilir, GRK'ye kaydedilir ve bir okul günü boyunca pekiştirilir. Ayrıca günün sonunda öğretmen bu rapor kartını görmeleri için ebeveynlere verir ve eğer çocuk o gün yeterli sayıda hedef davranışı tatmin edici bir şekilde gerçekleştirilmişse ebeveynleri tarafından evde de ödüllendirilir (Cornacchio ve diğ., 2017).

Araştırmalar, DEHB tanılı çocukların tedavisinde en etkili yöntemin uyarıcı ilaç tedavisi ve yukarıda bahsedilen bilişsel-davranışçı tedavilerin birlikte uygulanmasını içeren bir yaklaşım olduğunu göstermektedir (Kemper ve diğ., 2018; Pelham ve diğ., 2016). İlaç tedavilerini ve bilişsel-davranışçı terapiyi birleştirmek, aynı zamanda tercih edilen de bir yöntemdir çünkü araştırmalara göre her iki tedaviyi birlikte alan çocuklara ilaçlar daha düşük dozda uygulanmakta ve elbette böylelikle çocuklar ilacın istenmeyen yan etkilerine de daha az maruz kalmaktadır (Page ve diğ., 2016).

**Bilişsel-davranışçı müdahaleler** Eğitim programlarında genellikle hedeflenen davranışları ve ödülleri açıkça belirten ve uygun davranışları sistematik olarak pekiştiren edimsel koşullanma ilkeleri kullanılır. Bu tür programlar, DEHB tanılı çocuklar için özellikle yararlı olabilmektedir.

## Çok Kültürlülük ve DEHB

Bu kitap boyunca ırksal özellikler ve etnik kökenin sıklıkla insanların çeşitli psikolojik bozukluklar için tanı almasını ve tedavi edilme şeklini etkilediğini öğrendiniz. Bu nedenle ırksal özellikler ve etnik kökenin DEHB açısından da önemli görülmesine çok da şaşırmamış olmalısınız.

Bir dizi çalışma, önemli dikkat ve hareketlilik sorunları olan Afrika kökenli ve İspanyol kökenli Amerikalı çocukların DEHB açısından değerlendirilme veya DEHB tanısı alma olasılığının, İspanyol kökenli olmayan beyaz Amerikalı çocuklara göre daha az olduğunu göstermektedir (Coker ve diğ., 2016; Morgan ve Farkas, 2016). Dahası DEHB tanısı alan kişiler arasında ırksal/etnik azınlıkların üyesi olan çocukların uyarıcı ilaç tedavisi veya DEHB için en etkili yaklaşım olarak görülen ilaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı terapinin birlikte uygulanmasını içeren yaklaşımlarla tedavi edilme olasılığı, İspanyol kökenli olmayan Amerikalı çocuklara göre daha düşüktür (Ji ve diğ.,

**otizm spektrum bozukluğu**
Diğer insanlara karşı aşırı tepkisizlik, önemli düzeyde iletişim yetersizlikleri ve oldukça basmakalıp ve yineleyici davranışlar, ilgi alanları ve etkinliklerle belirgin gelişimsel bir bozukluk.

2018; Pham ve diğ., 2010). Ayrıca tedavi sonrasında ilaç tedavisinin uzun vadeli etkilerinin yeterli düzeyde takibinin yapılması ve bakım alma olasılıkları da daha düşük olmaktadır (Cummings ve diğ., 2017).

Bu ırksal ve etnik farklılıklar kısmen ekonomik etkenlere bağlıdır. Araştırmalar tutarlı bir şekilde yoksul ailelerin çocuklarının daha zengin ailelerin çocuklarına göre DEHB tanısı alma ve buna yönelik etkili bir tedavi görme olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca ırksal/etnik azınlık ailelerinin ortalama gelir düzeyleri daha düşüktür ve sağlık sigortalarının kapsamı da daha yetersiz kalmaktadır. Bunun yanı sıra bazı klinik kuramcılar toplumsal ön yargı ve streotiplerin tanı ve tedavideki ırksal ve etnik farklılıklara katkıda bulunabileceğini düşünmektedir. Bu kuramcılar, İspanyol kökenli olmayan beyaz Amerikalı çocuklardaki DEHB belirtilerinin toplumumuz tarafından genellikle tıbbi bir sorun olarak görüldüğünü ancak Afrika kökenli ve İspanyol kökenli Amerikalı çocuklardaki aynı belirtilerin yetersiz ebeveynlik, düşük IQ, madde kötüye kullanımı veya şiddetin bir göstergesi olarak yorumlandığını öne sürmektedir (Dubal-Harvey ve Rogers, 2010; Kendall ve Hatton, 2002). Bu görüş, tüm belirtilerinin birbirleri ile aynı olduğu koşulda, öğretmenlerin ve ebeveynlerin aşırı hareketlilik gösteren İspanyol olmayan beyaz Amerikalı çocuklarda DEHB olduğu ancak aşırı hareketlilik gösteren Afrika kökenli veya İspanyol kökenli Amerikalı çocukların ise başka türden zorluklar yaşadığı sonucuna varma olasılığının daha yüksek olduğu bulgusuyla desteklenmiştir (Alvarado ve Modesto-Lowe, 2017; Hillemeier ve diğ., 2007).

Kesin nedenleri ne olursa olsun, ırksal ve etnik azınlık gruplarındaki çocukların uygun bir DEHB tanısı ve tedavisi alma olasılığının daha düşük olduğu görülmektedir. Günümüzde klinik kuramcıların çoğu, genel olarak gereğinden fazla DEHB tanısı konulabileceği ve tedavi uygulanabileceği olasılığına karşı bizi doğru bir şekilde uyarıyor olsa da aslında bir yandan da azınlık gruplardaki çocuklara doğru tanı konulamayabileceğinin ve bu çocukların yeterli bir tedavi alamayabileceklerinin farkında olmak da önemlidir.

## Otizm Spektrum Bozukluğu

İlk olarak 1943'te psikiyatrist Leo Kanner tarafından tanımlanan bir örüntü olan **otizm spektrum bozukluğu** diğer insanlara karşı aşırı tepkisizlik, önemli düzeyde iletişim yetersizlikleri ve oldukça basmakalıp ve yineleyici davranışlar, ilgi alanları ve etkinliklerle belirgindir (APA, 2013) (bk. **Tablo 14-6**). Bu belirtiler, yaşamın erken dönemlerinde genellikle 3 yaşından önce ortaya çıkar. Sadece yirmi yıl önce bu bozukluk her 2.000 çocuktan 1'inde görülmekteydi. Fakat son yıllarda otizm spektrum bozukluğu tanısı konan çocukların sayısında sürekli bir artış meydana gelmekte ve günümüzde 50 çocuktan 1'inde bu tür bir örüntünün var olduğu görülmektedir (Augustyn, 2018). Jennie de böyle bir çocuktur:

*Bayan D'Angelo [özel eğitim öğretmeni], Jennie'yi ilk kez 5 günlük bir süre boyunca küçük bir sınıfta gözlemlemişti. Jennie genellikle başkalarına, özellikle de sınıf arkadaşlarına tepkisizdi ve herhangi biriyle nadiren göz teması kuruyordu. Jennie yalnız bırakıldığında genellikle ayakta durur, ellerini boğazının üzerine koyar, dilini çıkarır ve tuhaf ama yumuşak sesler çıkarırdı. Yalnız bırakıldığında ise bu durum saatlerce sürerdi. Jennie sandalyeye oturduğu zaman öne arkaya sallanırdı ama asla düşmezdi. Motor becerileri mükemmel görünüyordu ve kendisinden istendiğinde boya kalemlerini ve kâğıdı beceri ile kullanabiliyordu. Bununla birlikte el becerisi saldırganlığı söz konusu olduğunda da öne çıkıyordu. Jennie sık sık insanların takılarını ve gözlüklerini alıp odanın diğer tarafına fırlatırdı. Bunu iki saniyeden daha kısa sürede başaracak kadar hızlı hareket ediyordu... Bayan D'Angelo, Jennie'nin yeni bir durumla karşılaştığında veya yeni biriyle tanıştığında çok saldırgan davrandığını fark etmişti ...*

*Bayan D'Angelo, Jennie'nin yalnızca yumuşak sesler çıkarabildiğini ancak konuşmadığını ve seslendirme yapamadığını fark etti... [O] başkalarıyla iletişim kurmak için hiçbir çaba sarf etmiyordu ve çoğu zaman başkalarına karşı ilgisizdi... Kendini ifade etme konusundaki yetersizliklere rağmen Jennie başkalarından gelen basit istekleri anlıyor ve bunlara uyuyordu. Öğle yemeğini alması, tuvaleti kullanması veya sınıftaki bir eşyayı alması söylendiğinde bunu hemen yapıyordu...*

*Jennie'nin isteyebileceği veya ihtiyaç duyabileceği nesnelerin fotoğraflarının bulunduğu bir "resimli kitabı" vardı... Kitap gösterildiğinde ve ne istediğini işaret etmesi istendiğinde Jennie eğer hiçbir şey istemiyorsa kitabı masanın üzerine itiyordu ancak eğer bir şey istiyorsa özellikle beş fotoğraftan (örneğin beslenme çantası, kurabiye, bir bardak su, en sevdiği oyuncak veya tuvalet) birini gösteriyordu...*

### #ÇarpıcıRakamlar

Amerika Birleşik Devletleri'nde her gün yaklaşık 100 kişiye otizm tanısı konmaktadır.

Her yıl kanser, diyabet ve AIDS tanısı konan çocukların toplam sayısından daha fazla sayıda çocuğa otizm tanısı konmaktadır.

(Bilgi kaynağı: TACA, 2017)

*[Ebeveynleri] Jennie'nin "her zaman böyle olduğunu" söyledi ve onda daha evvel gördükleri erken dönemdeki sorunlara dair örnekler verdi. İkisi de Jennie'nin o dönemde kucağa alınmaya direnen ve 3 yaşına kadar konuşamayan "farklı" bir bebek olduğunu belirtti...*

*(Kearney, 2013, s. 125-126)*

Tüm otizm spektrum bozukluğu vakalarının yaklaşık yüzde 80'i erkek çocuklardan oluşmaktadır. Bu bozukluğu olan çocukların yüzde 90'ı yetişkinlik döneminde de önemli ölçüde engelli kalmaktadır. Bir işi sürdürmekte, ev işlerini yapmakta ve bağımsız bir hayat sürmekte çok büyük zorluklar yaşarlar (Lerner ve diğ., 2018). Otizmi olan ancak yüksek düzeyde işlev gösterebilen yetişkinler bile genel olarak yakınlık kurma ve empati gösterme konusunda sorun yaşarlar ve sınırlı ilgi alanlarına ve etkinliklere sahiplerdir.

Bireyin *toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği* -aşırı mesafeli olma, diğer insanlara karşı ilgisizlik, düşük empati ve ilgiyi başkalarıyla paylaşamama- uzun zamandır otizmin merkezî bir özelliği olarak görülmektedir. Jennie gibi bu bozukluğa sahip çocuklar tipik olarak bebeklik döneminde ebeveynlerine uzanmazlar. Bunun yerine tutulduklarında sırtlarını bükebilirler ve etraflarındakileri tanımıyor ya da önemsemiyormuş gibi görünebilirler. Benzer bir şekilde aynı yaştaki diğer çocukların aksine otizmli çocuklar tipik olarak oyunlarına başkalarını dâhil etmezler. Oyunları sosyal deneyimleri içermez, kendilerini diğerlerinin gördüğü gibi görmekte başarısız olurlar ve diğerlerini taklit etme veya diğerleri gibi olma istekleri yoktur (Augustyn, 2017).

Otizm spektrum bozukluğunda çeşitli türde *iletişim sorunları* görülür (Shire ve diğ., 2018). Bu bozukluğu olan birçok kişi konuşmayı anlamakta veya konuşma amacıyla dili kullanmakta büyük zorluk çekmektedir. Aslında Jennie gibi bu çocukların en az üçte biri konuşmakta veya dil becerilerini geliştirmekte başarısız olmaktadır (Autism Speaks, 2018). Konuşabilenler ise basmakalıp ve yineleyici özellikte bir konuşma kullanabilmektedir. En yaygın konuşma özelliklerinden biri, başkaları tarafından söylenen cümlelerin birebir tekrarlanması veya yankılanması hâli olan *ekolalidir*. Bireyler herhangi bir anlama veya iletişim kurma amacı olmadan kelimeleri aynı vurgu veya çekimle tekrar ederler. Konuşmadaki bir başka tuhaf özellik, *zamir dönüşümü* veya zamirlerin karıştırılmasıdır -örneğin "ben" yerine "sen" kelimesinin kullanılması gibi. Bu bağlamda otizm spektrum bozukluğu olan bir çocuk acıktığında "Akşam yemeği ister misin?" diye sorabilir.

Bu bireylerin sözel olmayan iletişim davranışları, sözel iletişim davranışlarıyla sıklıkla çelişmektedir. Örneğin konuşurken uygun bir ton kullanmayabilirler. Yüz ifadelerinin veya vücut hareketlerinin az veya hiç kullanılmaması gibi sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler olabilir. Etkileşimler sırasında uygun bir şekilde göz temasını sürdüremeyebilirler. Örneğin Jennie'nin "diğer insanlarla nadiren göz teması kurduğunu" hatırlayın.

Otizmi olan kişiler, konuşma kalıplarının ötesine geçen çok çeşitli türde ve *oldukça basmakalıp ve yineleyici davranışlar, ilgi alanları ve etkinlikler* de sergiler (Lerner ve diğ., 2018). Tipik olarak nesnelerdeki, kişilerdeki veya rutinlerindeki küçük değişiklikler karşısında önemli düzeyde sıkıntı yaşarlar ve kendi yineleyici davranışlarını değiştirme girişimlerine direnirler. Jennie'nin özel eğitim öğretmeni de onun en çok yeni bir şeyle karşılaştığında veya biriyle tanıştırıldığı zamanlarda saldırgan davranışlar sergilediğini fark etmişti.

Benzer şekilde otizm spektrum bozukluğu olan bazı çocuklar, ebeveynlerinden biri alışılmadık bir gözlük takarsa, bir sandalye her zamanki yerinden alınıp odanın farklı bir yerine konarsa veya bir şarkının içindeki bir söz değiştirilirse buna öfke nöbetleri ile tepki verirler. Birçoğu ayrıca belirli nesnelere -plastik kapaklar, lastik bantlar, düğmeler, su- güçlü bir şekilde bağlanır. Bu nesneleri toplayabilir, taşıyabilir veya onlarla sürekli oynayabilirler. Bazıları hareketli nesnelerden etkilenir ve vantilatör gibi dönen nesneleri saatlerce izleyebilir.

Otizmi olan kişiler alışılmadık, basmakalıp ve yineleyici *motor hareketler* yapabilir. Zıplayabilir, kollarını çırpabilir, ellerini ve parmaklarını bükebilir, sallanabilir, ayak parmaklarının ucunda yürüyebilir, dönebilir ve yüzlerini tuhaf şekillere sokabilirler. Bu davranışlar, *kendini uyarma davranışları* olarak adlandırılmaktadır. Bu bozukluğu olan bazı kişilerde, yineleyici bir biçimde bir

**TABLO: 14-6**

## Tanı İçin Kontrol Listesi

### Otizm Spektrum Bozukluğu

1. Kişi, aşağıdakilerle kendini gösteren, çeşitli türde toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşim alanlarında süregiden eksiklikler gösterir:
   Toplumsal-duygusal karşılıklık
   Sözel olmayan iletişim
   Toplumsal etkileşimi başlatma ve toplumsal etkileşime girme.
2. Kişi, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler gösterir: Aşırı ve yineleyici konuşma kalıpları, hareketler ve nesne kullanımı. Rutinin dışına çıkmayı gerektiren durumlar ve davranışlar karşısında esneklik gösterememe. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları. Çevreden gelen duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme.
3. Kişinin belirtileri erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır.
4. Bu belirtiler kişinin işlevselliğini belirgin bir şekilde bozar.

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

### Dış dünyadan uzaklaşmak

Otizm spektrum bozukluğu olan 8 yaşındaki bu çocuk görünüşe bakılırsa diğer çocuklardan ve oyun alanındaki etkinliklerden habersiz bir beyzbol vuruş kafesinin ağındaki delikten boş bir şekilde bakıyor.



© Robin Rayne Nelson/ZUMAPRESS.com

**zihin kuramı** Diğer insanların davranışlarını, hiçbir şekilde bilmedikleri bilgilere değil, kendi inançlarına, niyetlerine ve diğer zihinsel durumlarına dayandırdığına dair bir farkındalık.

**ortak dikkat** Bir kişinin karşılıklı göz teması kurma, nesneleri işaret etme, gördüğü nesneleri diğerlerine gösterme veya onlarla aynı nesneye dikkat ettiğine dair diğer sözel veya sözel olmayan göstergeler yoluyla diğerleriyle birlikte yakın çevresindeki ögeler veya olaylara odaklanması.

duvara çarpma veya kafalarını duvara vurma, kendi saçlarını çekme veya kendilerini ısırma gibi *kendine zarar verme davranışları* da görülmektedir (Oliver ve diğ., 2017).

Otizm spektrum bozukluğunun belirtileri, uyaranlara karşı çok dengesiz ve tutarsız bir tepki örüntüsünün varlığını düşündürmektedir. Bazen otizmli bireyler görüntü ve seslere karşı aşırı uyarılmış ve onları engellemeye çalışıyor gibi görünürken (Bu durum, *yüksek tepkisellik* olarak adlandırılmaktadır.) diğer zamanlarda ise bu bireyler söz konusu uyaranlara karşı yetersiz uyarılmış gibi görünür ve kendini uyarma davranışları (Bu durum, *düşük tepkisellik* olarak adlandırılmaktadır.) sergiler. Örneğin bu bireyler, yüksek seslere tepki vermeyebilir ancak bir sodanın döküldüğünü duyduklarında buna tepki verebilirler.

## Otizm Spektrum Bozukluğunun Nedenleri Nelerdir?

Otizm spektrum bozukluğunun nedenlerine yönelik çeşitli açıklamalar ortaya atılmıştır. Bu bozukluk, sosyokültürel nedenlere yönelik açıklamaların büyük olasılıkla gereğinden fazla vurgulanmış olduğu bir bozukluktur. Hatta bu tür açıklamalar başlangıçta araştırmacıları yanlış yönlendirmiştir. Psikolojik ve biyolojik alanda gerçekleştirilen daha güncel çalışmalar, klinik kuramcılara bilişsel yetersizliklerin ve beyin anormalliklerinin bozukluğun başlıca nedenleri olduğunu düşündürmeye başlamıştır.

**SOSYOKÜLTÜREL NEDENLER** Kuramcılar ilk başta otizm spektrum bozukluğunun birincil nedeninin ailedeki bir işlev bozukluğu olduğunu düşünüyorlardı. Örneğin Kanner, bu bozukluğu ilk kez tanımladığında ebeveynlerin belirli kişilik özelliklerinin çocuğun gelişimi için uygun olmayan bir ortam yarattığını ve böylelikle bu bozukluğun gelişimine katkıda bulunduğunu savunmuştu. Bu ebeveynleri çok zeki ama soğuk ebeveynler -bir nevi "buzdolabı ebeveynler"- olarak tanımlıyordu. Bu görüşlerin toplum üzerinde ve ebeveynlerin benlik algısı üzerinde çok büyük bir etkisi oldu ancak katı, soğuk, reddedici veya dengesiz ebeveyn tanımının geçerliliği araştırmalarla desteklenemedi (Lerner ve diğ., 2018; Scile-Kira, 2014).

**PSİKOLOJİK NEDENLER** Bazı kuramcılara göre otizm spektrum bozukluğu olan insanlar, normal iletişim ve etkileşimleri imkânsız kılan merkezî bir bilişsel bozukluğa sahiptir. Bu konuya yönelik güvenilir bir açıklama, bu bozukluğu olanların bir **zihin kuramı** -diğer insanların davranışlarını, hiçbir şekilde bilmedikleri bilgilere değil, kendi inançlarına, niyetlerine ve diğer zihinsel durumlarına dayandırdığına dair bir farkındalık- geliştiremediği yönündedir (Jones ve diğ., 2018; Mazza ve diğ., 2017). (Zihin kuramının, Bölüm 13'ün 413. sayfasında bahsedilen *zihinselleştirmeye* benzer olduğunu fark etmişsinizdir.)

3 ile 5 yaşları arasındaki normal çocukların çoğu, başka bir kişinin bakış açısını hesaba katabilir ve bunu kişinin ne yapacağını tahmin etmek için kullanabilir. Bir bakıma başkalarının zihinlerini okumayı öğrenirler. Jessica'nın bir bilyeyi bir kutuya koyduğunu ve Jessica uyurken Frank'in bu bilyeyi yandaki odaya taşıdığını düşünelim. Jessica'nın, Frank'in bilyeyi başka bir yere taşıdığının farkında olmadığı için uyandığında onu daha önceden kendisinin koyduğu kutuda arayacağını biliyoruz. Bunu biliyoruz çünkü Jessica'nın bakış açısını hesaba katıyoruz. Normal bir çocuk da doğru bir şekilde Jessica'nın kutuya bakacağını tahmin ederdi. Otizmi olan bir çocuk ise bu şekilde bir tahmin yürütemeyecektir. Otizmli bir çocuk Jessica'nın doğrudan yandaki odaya bakmasını bekler çünkü o bilyenin aslında orada olduğu bilgisine sahiptir. Jessica'nın kendi zihinsel süreçleri bu çocuk için önemsiz olacaktır.

Araştırmalar, otizm spektrum bozukluğu olan kişilerin gerçekten de bir tür "zihin körlüğüne" sahip olduğunu göstermektedir ancak bu kısıtlılıklara sahip tek bireyler onlar değildir (Jones ve diğ., 2018). Bu nedenle hayal ürünü oyunlarda yer almakta, dili başkalarının bakış açılarını içerecek şekilde kullanmakta, ilişkiler geliştirmekte veya insan etkileşimlerine katılmakta büyük zorluk yaşarlar.

Otizmi olan insanlar, büyük olasılıkla zihin kuramı yetersizlikleri ile ilişkili bilişsel bir kısıtlılık olan **ortak dikkat** becerilerinde de eksiklikler sergilemektedir. Yakın çevrelerindeki nesnelere ve olaylara diğer insanlarla birlikte odaklanmada, karşılıklı göz teması kurmada, gördükleri nesneleri diğerlerine göstermede, nesneleri işaret etmede veya benzer diğer eylemlerde bulunmada büyük zorluk yaşarlar (Mundy, 2018; Van Hecke, Oswald ve Mundy, 2016). Şiddetli düzeyde otizmi olan bireyler diğer insanlarla birlikteyken basit bir şekilde "paylaşılan" bir deneyim yaşamıyorlardır. Ortak dikkat

**Çığır açan iPad buluşu** Otizmli bir çocuk, öğretmeni ona eşlik ederken iPad kullanarak çalışıyor. Elektronik tabletler, bu bozukluğa sahip kişiler için muazzam bir bilişsel uyarılma ve keyif sağlar ve genellikle yardımcı iletişim araçları olarak işlev görür.



AP Photo/Daily Herald, Bev Horne


Linda Davidson/The Washington Post via Getty Images

**Otizmli ve sanatçı ruhlu** Lise öğrencisi Austin Morrison (ayakta) *Nercidus* (*Otizmli Kardeşim*) oyunu için prova yapıyor. Kendisi de otizmli olan Morrison, ciddi düzeyde sosyal etkileşim eksikliklerine ve oldukça basmakalıp ve yineleyici davranışlara sahip olmasına rağmen entelektüel, uyum sağlayabilen ve dil becerileri nispeten güçlü kalmış bir çocuğu konu alan bir oyunda rol alıyor. Bu yüksek işlevli otizm örüntüsü daha önce *Asperger bozukluğu* olarak adlandırılmaktaydı ancak şimdi daha düşük işlevli örüntülerle birlikte otizm spektrum bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır.

becerilerindeki eksiklikler, dilin temel işlevlerinden biri başkasının dikkatini yönlendirmek olduğu için uygun dil gelişimini büyük ölçüde bozabilir. Otizmi olan insanlar neden bu tür bilişsel kısıtlılıklara sahiptir? Birçok kuramcı, uygun bilişsel gelişimi ve işleyişi engelleyen biyolojik etkenlere dikkat çekmektedir.

**BİYOLOJİK NEDENLER** Yıllardır araştırmacılar, hangi biyolojik anormalliklerin zihin kuramı eksikliklerine ve otizm spektrum bozukluğunun diğer özelliklerine neden olabileceğini belirlemeye çalışmaktadır. Henüz konu ile ilgili tam bir biyolojik açıklama geliştirememişlerdir ancak ümit verici ipuçları ortaya çıkarmışlardır. Öncelikle otizmli bireylerin yakınlarının incelenmesi, bu hastalıkta *genetik etkenlerin* önemine işaret etmeye devam etmektedir. Örneğin otizmli bireylerin kardeşleri arasında bozukluğun görülme oranı, genel nüfusun çok üzerinde bir oran olan yüzde 10 ila 20'dir (Autism Speaks, 2018). Dahası bu bozukluğa sahip tek yumurta ikizleri arasında otizmin yaygınlığı yüzde 60'tır. Genetik çalışmalar, otizm spektrum bozukluğu geliştirme olasılığını artıran giderek daha fazla birbirleriyle etkileşim halindeki bazı spesifik genler tanımlamaktadır (Fakhoury, 2018).

Bazı çalışmalarda otizm spektrum bozukluğu *doğum öncesi zorluklar* veya *doğum komplikasyonları* ile ilişkilendirilmiştir (Hisle-Gorman ve diğ., 2018; Bernier ve Dawson, 2016). Örneğin annenin hamilelik sırasında kızamıkçık geçirmesi, hamilelik öncesinde veya sırasında toksik kimyasallara maruz kalması veya annede hamilelik öncesinde veya hamilelik sırasında komplikasyonlar olması durumunda bu bozukluğun gelişme olasılığı daha yüksek olmaktadır.

Ayrıca araştırmacılar, otizm spektrum bozukluğuna katkıda bulunabilecek belirli *biyolojik etkenler* de tanımlamıştır. Başlangıçta araştırmacılar tek bir beyin yapısının, *serebellumun*, biraz da bu beyin yapısı kişinin dikkatini hızlı bir şekilde bir uyarıcıdan diğer bir uyarıcıya kaydırabilme becerisini kontrol etmeye yardımcı olduğu için anormal aktivitesinin veya anatomisinin bu bozukluğa yol açıyor olabileceğini düşünmekteydi (Bernier ve Dawson, 2016). Serebellum anormallikleri, otizm spektrum bozukluğunun gelişiminde hâlâ olası bir etken olarak kabul edilmektedir ancak son yirmi yılda yapılan araştırmalar bu bozukluğu *korpus kallozum, prefrontal korteks, amigdala, orbitofrontal korteks, singulat korteks, striatum* ve *talamus* gibi diğer beyin yapılarıyla da ilişkilendirmektedir (Mundy, 2018; Kim ve diğ., 2016). Bu beyin yapılarının herhangi birindeki bir işlev bozukluğu, otizm spektrum bozukluğuna katkıda bulunabilmektedir. Bununla birlikte bilim insanlarının beyin döngülerinin önemine verdikleri değerin artmasına paralel olarak artan sayıda kuramcı da bu beyin yapıları ve belki de diğer beyin yapıları arasındaki hatalı iletişimin (hatalı *bağlantısallık*) otizm spektrum bozukluğunun en önemli nedeni olabileceğine inanmaktadır. Bu görüşü desteklemek için otizmli bireyler ve otizm benzeri davranışlar sergileyen hayvanlar üzerinde yapılan birçok çalışma, bu çeşitli beyin yapıları arasındaki zayıf bağlantısallığın -bazen yüksek bağlantısallık ve bazen

## #Maliyet

Otizmli bir bireyi yetiştirmenin yaşam boyu maliyeti ortalama 3,5 milyon dolar ile 5 milyon dolar arasında değişmektedir -bu, otizmli olmayan bir bireyi yetiştirmenin maliyetinin en az 3 katıdır (Autism Speaks, 2018; NAN, 2017).

## #ÖzlüSözler

[Otizmli] tüm küçük çocuklar için ortak paydalardan biri de onlar için erken müdahalenin işe yaraması ve bu tür bir müdahalenin bozukluğun seyrini olumlu yönde etkilemesidir.

Temple Grandin, profesör ve otizmli bir birey

de düşük bağlantısallık- önemine işaret etmektedir (Xu ve diğ., 2018; Fingher ve diğ., 2017). Bu bulgulardan hareketle otizm spektrum bozukluğunun temel nedeninin otizmle ilişkili beyin döngüsündeki bir işlev bozukluğu olduğu ancak araştırmaların bu türde bir döngünün varlığını veya doğasını henüz açıkça ortaya koyamadığı sonucuna varmak mümkün görünmektedir (Muhle ve diğ., 2018; Twining ve diğ., 2017).

Son olarak son 20 yılda çok fazla ilgi gördüğü için otizm spektrum bozukluğuna yönelik henüz doğrulanmamış bir biyolojik açıklama olan *MMR aşı kuramına* da değinmek gerekebilir. 1998'de bir araştırma ekibi *doğum sonrası gelişen bir durumun* -kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşısı (Üç aşı, *KKK aşısı olarak bilinir.*)- bazı çocuklarda otizm belirtilerini ortaya çıkarabileceğini öne süren bir çalışma yayımlamıştır (Wakefield ve diğ., 1998). Araştırmacılar özellikle belirli çocuklara, genellikle de 12 ila 15 aylık çocuklara verilen bu aşının, vücutta kızamık virüsünde artışa neden olduğunu ve bunun da güçlü bir sindirim sistemi sorunu ve de otizm spektrum bozukluğunun başlangıcına neden olduğunu düşünmüştür.

Bununla birlikte 1998'den beri yapılan hemen hemen tüm araştırmalar ise bu kuramın aksini iddia etmiştir (Drutz, 2017; Taylor, Swerdfeger ve Eslick, 2014). Örneğin epidemiyolojik çalışmalar, KKK aşısı alan çocuklarla bu aşıyı almayanlar arasında otizmin eşit oranda yaygın olduğunu defalarca göstermiştir. Dahası, orijinal çalışmanın dikkatlice yeniden incelenmesiyle birlikte bu çalışmanın metodolojik olarak hatalı olduğu hatta manipüle edildiği ve KKK aşısı ile otizm spektrum bozukluğunun gelişimi arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülmüştür (*Lancet*, 2010). Ne yazık ki bu kuramın doğru olmadığı açık bir şekilde kanıtlanmış olsa da çok sayıda endişeli ebeveyn artık KKK aşısını çocuklarına yaptırmamayı tercih etmekte ve bu durumda çocukları çok tehlikeli olabilecek hastalıklara karşı oldukça savunmasız hâle getirmektedir.

**Aksini** gösteren bu kadar çok kanıt olmasına rağmen neden birçok kişi **hâlâ** MMR aşısının otizm spektrum bozukluğuna neden olduğuna inanmaktadır?

### Klinisyenler ve Eğitimciler Otizm Spektrum Bozukluğunu Nasıl Tedavi Eder?

Tedavi, otizm spektrum bozukluğu olan kişilerin çevrelerine daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olabilir ancak bilinen hiçbir tedavi henüz otizm örüntüsünde tam bir iyileşme sağlayamamaktadır. Özellikle yardımı olan tedaviler arasında *bilişsel-davranışçı terapi, iletişim eğitimi, ebeveyn eğitimi* ve *toplumsal entegrasyon* gibi yaklaşımlar bulunmaktadır. Ayrıca bazı durumlarda psikotropik ilaçlar ve birtakım vitaminler diğer yaklaşımlarla birleştirildiğinde etkili olmaktadır (Weissman ve Bridgemohan, 2018).

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİ** Otizm vakalarında 50 yıldan fazla bir süredir bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, özellikle de olumsuz, işlevsel olmayan davranışları azaltırken bir yandan da bireylere konuşma, sosyal beceriler, sınıf becerileri ve kendine yardım becerileri dâhil olmak üzere yeni, uygun davranışları öğreten davranış odaklı müdahaleler kullanılmaktadır. Terapistler genellikle *model alma* ilkelerini kullanarak otizmi olan bireylere onlardan istenen davranışların ne olduğunu gösterir ve bunları taklit etmeleri için onlara rehberlik ederler. Klinisyenler, *edimsel koşullanma* ilkelerini kullanarak istenen davranışları, önce onları "şekillendirerek" -adım adım öğrenebilmeleri için parçalara ayırarak-, ardından da her adımı net ve tutarlı bir şekilde ödüllendirerek pekiştirirler. Bu yöntemler, özenli bir planlama ve uygulamayla genellikle yeni, daha işlevsel davranışların oluşmasını sağlar.

**İletişim kurmayı öğrenmek** Bilişsel-davranışçı klinisyenler ve eğitimciler, otizm spektrum bozukluğu olan birçok çocuğa iletişim kurmayı öğretme konusunda başarılı olmaktadır. Burada bir dil ve konuşma terapisti, 3 yaşındaki bir çocuğa kendini nasıl daha iyi ifade edebileceğini ve başkalarını nasıl anlayabileceğini öğretmek için bilişsel-davranışçı teknikleri iletişim tahtası kullanımıyla birleştirerek uygulamaktadır.



AP Photo/Albuquerque Journal, Pat Vasquez-Cunningham

Bu alanda öncü, uzun vadeli bir çalışmada otizm spektrum bozukluğu olan çocukların dahil edildiği farklı iki grubun kaydettiği ilerleme karşılaştırılmıştır (Lovaas, 2003, 1987; McEachin ve diğ., 1993). 19 çocuk yukarıda bahsedilen tedavileri almış ve diğer 19 çocuk ise kontrol grubunda yer almıştır. Tedavi çocuklar 3 yaşındayken başlamış ve 7 yaşına kadar devam etmiştir. 7 yaşına gelindiğinde davranış odaklı müdahaleler alan grubun okulda daha başarılı olduğu ve zeka testlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu gruptaki çocuklardan birçoğu normal sınıflarda öğrenim görebilir hâle gelmiştir. Bu kazanımlar, çocukların gençlik yıllarında da devam etmiştir. Bu çalışma ve

benzer çalışmaların olumlu bulguları göz önüne alındığında birçok klinisyen artık erken dönemde uygulanan davranış odaklı yoğun programları, otizm spektrum bozukluğu için tercih edilebilecek tedavi yaklaşımları olarak görmektedir (Rivard ve diğ., 2018; Weissman ve Bridgemohan, 2018, 2017).

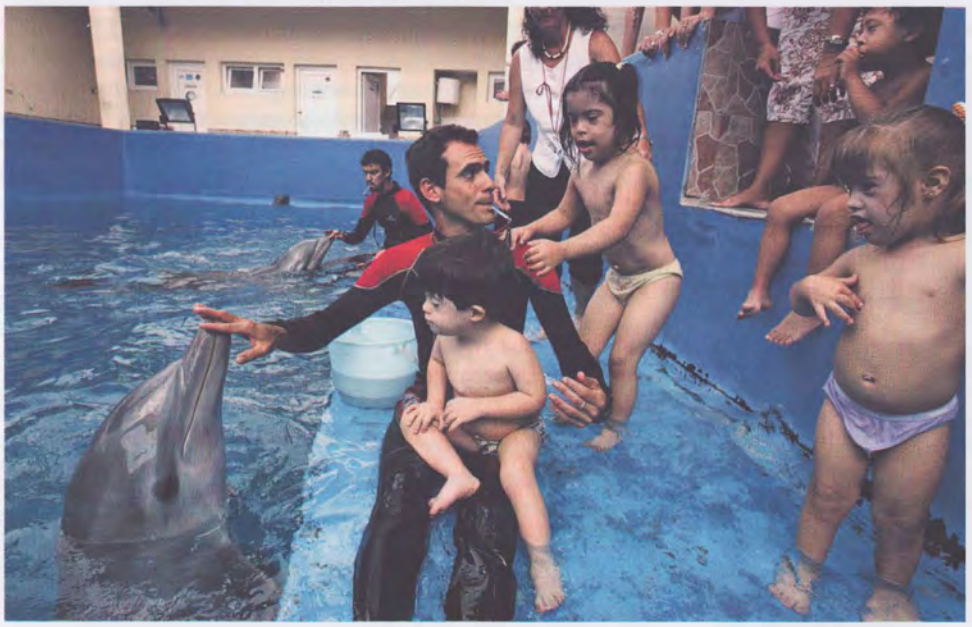
Bu bozukluğa sahip bireylerde terapi en çok yaşamlarının erken dönemlerinde başladığında yarar sağlama eğilimindedir (Green ve Garg, 2018; Landa, 2018). Otizmi olan çok küçük çocuklar genellikle ilk olarak evde eğitime başlar ancak 3 yaşına geldiklerinde ev dışındaki özel programlara katılmaları tercih edilir. Otizmli çocuklar 3 yaşına gelene kadar aldıkları hizmetler genel olarak eğitim, sağlık veya sosyal hizmet kurumları tarafından sağlanır; daha sonra her bölgedeki eğitim bakanlığına bağlı hizmet birimleri, çocukların hangi özel hizmetleri alacağını belirler.

Son dönemde bu bozukluğun yaygınlığındaki artış göz önüne alındığında birçok okul bölgesi, ilçenin kendi tesislerinde faaliyet gösteren özel sınıflardaki çocuklara eğitim ve öğretim sağlamaya çalışmaktadır (Smith ve diğ., 2017; Iadarola ve diğ., 2015). Bununla birlikte çoğu okul bölgesi, otizmli öğrencilerin yoğun ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli donanıma sahip değildir. Bu öğrencilerin en şanslıları, okul bölgeleri tarafından eğitim ve terapinin birleştirildiği özel okullara gönderilmektedir. Bu tür okullarda özel olarak eğitilmiş öğretmenler; çocukların becerilerini, davranışlarını ve dünya ile etkileşimlerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Otizmi olan yüksek işlevli öğrenciler, en nihayetinde okul günlerinin en azından bir kısmını kendi okul bölgelerindeki standart sınıflara dönerek geçirebilmektedir (Weissman ve Bridgemohan, 2018, 2017).

**İLETİŞİM EĞİTİMİ** Daha önce de okuduğunuz gibi otizm spektrum bozukluğu olan kişilerin en az üçte biri yoğun bir tedavi alsa bile konuşamamaktadır. Bu sorunun çözümü için otizmli bireylere genellikle işaret dili ve konuşmayı birleştiren bir yöntem olan *işaret dili* ve *eş zamanlı iletişim* gibi diğer iletişim yöntemleri öğretilmektedir. Ayrıca nesneleri veya ihtiyaçlarını göstermeleri için "iletişim tahtaları" veya resimler, semboller veya yazılı sözcüklerin kullanımını içeren bilgisayarlar gibi **destekleyici iletişim sistemlerini** kullanmayı öğrenebilirler (Weissman ve Bridgemohan, 2018). Örneğin bir çocuk çatal resmini göstererek "Açım." mesajını verebilir veya "Müzik dinlemek istiyorum." mesajını vermek için bir radyoyu işaret edebilir. Örneğin bu bölümde yaşadığı sorunlardan bahsedilen Jennie'nin ihtiyaçlarını belirtmek için "resimli kitabını" kullandığını hatırlayın.

Otizme yönelik bazı programlar, yukarıda da okuduğunuz bilişsel bir yetenek olan bireyin *ortak dikkat* kapasitesi üzerinde çalışarak dil ve iletişim becerilerini daha da geliştirmeyi amaçlar. Klinisyen; bireye diğer insanların gözlerine bakmayı, görülen nesneleri diğer insanlara göstermeyi, nesneleri işaret etmeyi ve diğer insanlarla ortak etkinliklere katıldığında diğer türdeki "paylaşma" davranışlarını

**Destekleyici iletişim sistemi**
Otizm spektrum bozukluğu, entelektüel yetersizliği veya serebral palsisi olan kişilere bir iletişim tahtasındaki veya bir bilgisayardaki resimleri, sembolleri, harfleri veya kelimeleri göstermeyi öğreterek onların iletişim becerilerini geliştirmeyi içeren bir yöntem.



AP Photo/Javier Galeano

**Hayvanlarla bağ kurmak** Küba, Havana'daki Ulusal Akvaryum'da terapistler, çocuklar için düzenli olarak yunusları, deniz kaplumbağalarını ve deniz aslanlarını okşamayı ve onlara dokunmayı içeren seanslara ev sahipliği yapıyor. Bu seanslar, otizm spektrum bozukluğu olan birçok çocuğun ve entelektüel yetersizliği olan diğer çocukların daha doğal, bağımsız ve sosyal olmalarına yardımcı olmaktadır.



Jahi Chikwendiu/The Washington Post via Getty Images

**Özel bir bağ** Birlikte yürümeleri gereken zorlu yol göz önüne alındığında otizmli çocuklar ile ebeveynleri arasındaki bağ sıklıkla özel olarak yakın ve yoğundur. Burada otizmi olan ve konuşamayan Gordy Baylinson, Virginia Herndon'daki Growing Kids Terapi Merkezinde bir terapi seansı sırasında babasının yüzünü okşamak için ona doğru dönüyor.

gerçekleştirmeyi öğretir. Araştırmalar, okul öncesi dönemde ortak dikkat eksikliklerine yönelik tedavinin, otizmin diğer belirtileri üzerinde olduğu gibi iletişim becerileri ve dil gelişimi üzerinde de olumlu bir etkisi olabileceğini göstermiştir (Shire ve diğ., 2017).

**EBEVEYN EĞİTİMİ** Otizm spektrum bozukluğuna yönelik günümüzdeki tedavi programları, ebeveynlerin de bu sürece çeşitli şekillerde dâhil edilmesini içermektedir. Örneğin bilişsel-davranışçı programlar kapsamında genellikle ebeveynlere koşullanma ve beceri geliştirme tekniklerini evde uygulayabilmeleri için eğitim verilmektedir (Smith ve diğ., 2018; Ginn ve diğ., 2017). Ebeveynler için uygulama kılavuzları ve öğretmenler ve diğer profesyoneller tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretleri de genellikle bu tür programlara dâhil edilmektedir. Araştırmalar tutarlı bir şekilde, çocuğun davranışı üzerinde eğitim almış ebeveynlerin etkisiyle ortaya çıkan iyileşme oranının sıklıkla öğretmenlerin etkisiyle ortaya çıkan iyileşme oranıyla eşit veya bu orandan daha fazla olduğunu göstermektedir.

Ebeveyn eğitimi programlarına ek olarak otizmli çocukların ebeveynlerinin kendi duyguları ve ihtiyaçları ile başa çıkmalarına yardımcı olmak için bireysel terapi ve destek grupları da artık daha erişilebilir hâle gelmektedir (Da Paz ve Wallander, 2017). Ebeveynler tarafından kurulan bazı dernekler ve lobiler de duygusal destek ve uygulamaya dönük yardımlar sunmaktadır.

**TOPLUMSAL ENTEGRASYON** Günümüzde otizm spektrum bozukluğuna yönelik okul temelli programların çoğu, bireylerin toplumsal alanlarda daha iyi işlev görmelerine yardımcı olmak için mümkün olduğunca erken dönemde kendine yardım, öz yönetim ve yaşam, sosyal ve iş becerilerini öğretmeyi amaçlar. Ek olarak artık otizmli gençler ve yetişkinler için özenle yönetilen daha fazla sayıda *grup evi* ve *korumalı iş yeri* bulunmaktadır. Bu ve ilgili programlar, bireylerin kendi toplumlarının bir parçası olmalarına ve ayrıca çocukları her zaman bir başkasının bakımına ihtiyaç duyacak olan yaşlanan ebeveynlerin endişelerini de azaltmaya yardımcı olmaktadır.

## ENTELEKTÜEL YETERSİZLİK

26 yaşındaki Ed Murphy, bize entelektüel anlamda yetersiz olarak görülmenin ya da onun zamanında "zihinsel engelli" olarak adlandırılmanın nasıl bir şey olduğunu anlatabilir:

> *Zekâ geriliği nedir? Söylemesi zor. Sanırım düşünmekte sorun yaşamak. Bazı insanlar, bir kişiye bakıp onda zekâ geriliği olup olmadığını anlayabileceğini düşünüyor. Bu şekilde düşünürseniz o kişinin sözüne inanmazsınız. Bir kişiyi nasıl göründüğüne, nasıl konuştuğuna veya test sonuçlarının ne gösterdiğine göre yargılayabilirsiniz ancak o kişinin içinde ne olduğunu asla tam olarak söyleyemezsiniz.*
>
> *(Bogdan ve Taylor, 1976, s. 51)*

Ed, hayatının büyük bir bölümünde entelektüel açıdan yetersiz bir kişi olarak görüldü ve bu nedenle özel kurumlarda eğitim ve bakım aldı. Yetişkinlik yıllarında ise klinisyenler Ed'in gerçekte sanıldığından çok daha yüksek düzeyde bir entelektüel yeteneğe sahip olduğunu keşfetti. Ancak geçen tüm bu zaman boyunca o entelektüel olarak yetersiz bir kişinin yaşayacağı türde bir çocukluk ve ergenlik yaşamıştı ve aslında onun yaşadığı bu durum, böyle bir yetersizliği olan kişilerin sık sık karşılaştıkları zorlukları da ortaya koyan bir durumdur.

DSM-5'te "zekâ geriliği" terimi *entelektüel yetersizlik (anlıksal gelişimsel bozukluk)* terimi ile değiştirilmiştir. Bu terim, hastane koğuşlarına sürekli giriş çıkış yapan çocuklar, özel iş programlarında çalışan gençler ve zorluk düzeyi düşük olan işlerde çalışarak ailelerine bakan ve destek veren kadın ve erkekler gibi çok çeşitli popülasyonlar için kullanılmaktadır. Her 100 kişiden 3'ü entellektüel yetersizlik tanı ölçütlerini karşılamaktadır (Baldor, 2018). Bu kişilerin yaklaşık beşte üçü erkektir ve büyük çoğunluğu *hafif* düzeyde bir yetersizlik göstermektedir.

**entelektüel yetersizlik (EY)** Ortalamanın çok altında kalan entelektüel işleyiş ve uyumsal davranışla belirgin bir bozukluk. Önceden *zekâ geriliği* olarak adlandırılmaktaydı.

**zekâ bölümü (IQ)** Zekâ testlerinden elde edilen ve kişinin genel entelektüel kapasitesini kuramsal olarak temsil eden bir puan.

İnsanlar, zayıf *uyumsal davranışla* birlikte ortalamanın çok altında kalan genel bir *entelektüel işleyiş* sergilediklerinde **entellektüel yetersizlik (EY; zihinsel gerilik)** tanısı alırlar (APA, 2013). Yani düşük bir IQ'ya (70 veya daha düşük bir puan) sahip olmanın yanı sıra entelektüel yetersizliği olan bir kişi iletişim, evde yaşam, kendini yönlendirme, iş veya güvenlik gibi alanlarda da büyük zorluk yaşar. Ayrıca bu tanının konulabilmesi için belirtiler 18 yaşından önce ortaya çıkmış olmalıdır (bk. **Tablo 14-7**).


Ben McCanna/Portland Press Herald via Getty Images

**Normal ihtiyaçlar** Entelektüel yetersizliği olan kişilerin, çeşitli klinik programlar dâhilinde eğitimini alabilecekleri ve denetimini sağlamayı öğrenebilecekleri normal kişiler arası ve cinsel ihtiyaçları vardır. Burada Down sendromlu bir çift, özel gereksinimi olan bireyler için Portland, Maine'de düzenlenen bir dans partisi olan Night to Shine etkinliği sırasında dans pistinde birbirlerini döndürüyorlar.

**ZEKÂNIN DEĞERLENDİRİLMESİ** Eğitimciler ve klinisyenler, entelektüel işleyişi değerlendirmek için zekâ testleri uygular (bk. Bölüm 3). Bu testler çeşitli türde sorulardan ve bilgi, akıl yürütme ve muhakeme gibi zekânın farklı yönlerine dayanan görevlerden oluşmaktadır. Bu alt kümelerden veya işlev alanlarından tek başına birinde veya ikisinde yaşanan zorluk, düşük düzeyde bir zekâyı yansıtmaz (bk. ***Psikolojik Gözlem***, sayfa 463). Daha ziyade bireyin genel test puanı veya **zeka bölümü (IQ)**, genel entelektüel yeteneğin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Birçok kuramcı IQ testlerinin gerçekten geçerli olup olmadığını sorgulamaktadır. Bu testler ölçmeleri gereken şeyi gerçekten ölçüyorlar mı? IQ ile okul performansı arasındaki korelasyon oldukça yüksektir -yaklaşık .50- ki bu da beklendiği gibi daha düşük IQ'lu çocukların büyük bir çoğunluğunun okulda düşük performans sergilediği, daha yüksek IQ'lu çocukların büyük bir çoğunluğunun ise okulda daha yüksek performans sergilediği anlamına gelmektedir. Aynı zamanda bu korelasyon, bu değişkenler arasındaki ilişkinin mükemmel olmaktan uzak olduğunu da göstermektedir. Yani belirli bir çocuğun okul performansı genellikle IQ'suna dayanarak tahmin edilebilecek olandan daha yüksek veya daha düşüktür. Dahası IQ testlerinin çok düşük düzeydeki bir zekâyı ölçme konusundaki doğruluğu yeterince iyi değerlendirilmemiştir. Bu nedenle de ciddi düzeyde entelektüel yetersizliği olan kişileri söz konusu testler ile uygun şekilde değerlendirmek zordur (AAIDD, 2018).

IQ testlerinin değerlendirmede yetersiz kalabileceği başka zeka türleri de var mıdır? Bu durum, bu testlerin geçerliği ve kullanışlılığı ile ilgili neyi gösteriyor olabilir?

Bölüm 3'te de okuduğunuz gibi zekâ testleri de sosyokültürel olarak bazı yanlılıklar içermektedir. Orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerde yetişen çocuklar, bu tür testlerin içeriğini oluşturan alışılagelmiş dil ve düşünce biçimlerine maruz kaldıkları için bu testlerde belli bir avantaja sahip olma eğilimindelerdir. Bu tür testler, yoksul, yoğun olarak suç işlenen bölgelerde yaşayan insanların hayatta kalmak için ihtiyaç duydukları "sokak duygusunu" -kesin olarak entelektüel beceriler gerektiren bir tür bilgi birikimi- nadiren ölçmektedir. Kültürel azınlık gruplarının üyeleri ve anadili İngilizce olmayan kişiler de genellikle bu testlerde dezavantajlı konumdadır.

Eğer IQ testleri zekâyı her zaman doğru ve objektif bir şekilde ölçmüyorsa o hâlde entellektüel yetersizlik tanısında da yanlılık olabilir. Yani bazı insanlar; kısmen testin kısıtlılıkları, kültürel farklılıklar, testin gerçekleştirildiği ortamın uygun olmamasından kaynaklanan bir rahatsızlık veya testi yapan kişinin yanlılığı nedeniyle böyle bir tanı alıyor olabilir.

## Uyumsal İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Tanı koyan kişiler, bir kişinin entelektüel yetersizliği olup olmadığını belirlemek için yalnızca IQ'nun 70 olan kesme puanına göre karar vermezler. Düşük IQ'ya sahip bazı insanlar hayatlarını yönetme ve bağımsız olarak hareket etme konusunda oldukça yeteneklidir, bazılarının ise bu tür yetenekleri yoktur. Brian ve Jeffrey'nin durumu, uyumsal yeteneklerin ne kadar çeşitlilik gösterebildiğinin bir örneğidir.

*Brian, daha düşük gelirli bir aileden gelmektedir. Evinde ve kendi çevresinde her zaman yeterli düzeyde işlevsellik göstermektedir. Kendi başına giyinebilmekte, yemek yiyebilmekte hatta her gün annesi işten eve dönene kadar kendi başının çaresine bakabilmektedir. Ayrıca arkadaşlarıyla da iyi bir şekilde oyun oynamaktadır. Ancak okulda Brian, etkinliklere katılmayı veya ödevini yapmayı reddetmektedir. Sınıfta etkisiz, bazı zamanlarda kaybolmuş, gibi görünmektedir. Öğretmeni tarafından bir okul psikoloğuna yönlendirilmiş ve uygulanan IQ testinden 60 puan almıştır.*

*Jeffrey, üst-orta sınıf bir aileden gelmektedir. Gelişimi her zaman yavaş ilerlemiş ve oturma, ayakta durabilme ve konuşma becerileri geç gelişmiş. Bebekliğinde ve yürümeye başladığı yıllarda*

*(devamı sonraki sayfada)*

**TABLO: 14-7**

### Tanı İçin Kontrol Listesi

**Entelektüel Yetersizlik**

1. Kişi, klinik değerlendirme ve zeka ölçümü ile doğrulanan entelektüel işlevlerde yetersizlik gösterir.
2. Kişi; bireysel, ev, okul, iş veya toplumsal alanlarda iletişim, toplumsal katılım veya kişisel bağımsızlık gibi günlük yaşamın en az bir etkinliğinde uyumsal işlevlerde yetersizlik gösterir. Bu kısıtlılıklar, benzer yaştaki kişilerin çoğunda görülen kısıtlılıkların ötesindedir ve okulda, işte veya bağımsız yaşamda sürekli destek almayı gerektirir.
3. Bu yetersizlikler gelişimsel evre sırasında başlar (18 yaşından önce).

Bilgi kaynağı: APA, 2013.

*özel bir eğitim programına alınmış ve evde özel bir destek ve ilgi görmüştür. Yine de Jeffrey bugün hâlâ kendi başına giyinmekte güçlük çekmekte ve sokağa çıkmaması veya kendini yaralamaması için arka bahçede yalnız bırakılamamaktadır. Okul ödevleri ona zor gelmektedir. Öğretmeninin onunla ağır bir tempoda çalışması ve ona bireysel talimatlar vermesi gerekmektedir. Jeffrey 6 yaşındayken uygulanan IQ testinden 60 puan almıştır.*

Brian, okul dışındaki çevresine iyi bir şekilde uyum sağlamış görünmektedir. Ancak Jeffrey'nin kısıtlılıkları daha fazla alana yayılmıştır. Ayrıca Jeffrey, düşük IQ puanının yanı sıra evde ve başka ortamlarda zorluklarla baş etmekte güçlük çekmektedir. Bu nedenle entellektüel yetersizlik tanısı, Brian'dan çok Jeffrey için daha uygun olabilir.

Uyumsal davranışı değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Yine burada da bazı insanlar, yaşamlarında ölçeklerin yansıttığından daha iyi bir şekilde işlev gösterirken, diğerleri ise yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle entellektüel yetersizlik tanısının doğru bir şekilde konulabilmesi için klinisyenlerin hem kişinin geçmiş öyküsünü hem de içinde yaşadığı toplumun standartlarını dikkate alarak her bir bireyin gündelik yaşantısını sürdürdüğü kendi ortamında uyumsal işlevselliğini gözlemlemesi yerinde olacaktır. Klinisyenler bu şekilde bir yol izleseler bile belirli bir kültür veya toplumun standartlarına aşina olmayabilecekleri için bu tür yargılar öznel bir nitelik taşıyabilir.

## #ÖzlüSözler

IQ testi yalnızca akademik performansı yordamak için icat edilmiştir. Yaşam başarısını yoradayacak bir şey istemiş olsaydık, tamamen başka bir test icat etmemiz gerekirdi.

Robert Zajonc, psikolog, 1984

**Entelektüel Yetersizliğin Özellikleri Nelerdir?** Entelektüel yetersizliğin en tutarlı özelliği, kişinin çok yavaş öğrenmesidir (AAIDD, 2018; Sturmey ve Didden, 2014). Zorluk yaşanan diğer alanlar; dikkat, kısa süreli bellek, planlama ve dildir (Burack ve diğ., 2016). Bu yetersizlik nedeni ile bir kurumda kalanların bu tür kısıtlılıklara sahip olma olasılığı özellikle yüksektir. Pek çok kurumdaki uyarıcı olmayan ortam ve kurumdaki personel ile etkileşimin az olması bu tür zorluklara katkıda bulunuyor olabilir. Entelektüel yetersizlik geleneksel olarak dört düzeye ayrılmaktadır: *hafif* (50-70 IQ), *orta* (35-49 IQ), *ağır* (20-34 IQ) ve *çok ağır* (20'nin altında IQ).

**Hafif Entelektüel Yetersizlik** Entelektüel yetersizliği olan tüm insanların yaklaşık yüzde 80 ila 85'i *hafif entelektüel yetersizlik* kategorisinde yer almaktadır (50-70 IQ). Bu bazen "eğitilebilir" düzey olarak da adlandırılmaktadır çünkü bu bireyler okuldan fayda görebilmekte ve bir yetişkin olarak kendilerine bakabilmektedir. Hafif entelektüel yetersizlik genellikle çocuklar okula başlayana ve orada bir değerlendirme yapılana kadar fark edilmez. Bu çocuklar oldukça normal dil becerileri, sosyal beceriler ve oyun becerilerine sahiptir ancak stres altındayken desteğe ihtiyaç duyarlar (Pivalizza ve Lalani, 2018). Hafif entelektüel yetersizliği olan bireylerin entelektüel performansı genellikle yaşla birlikte iyileşme gösteriyor gibi görünmektedir hatta bazıları okuldan ayrıldıklarında bu etiketi geride bırakmakta ve toplumda iyi bir şekilde işlev göstermeye devam etmektedir (Sturmey ve Didden, 2014). Çalıştıkları işler beceri gerektirmeyen ya da biraz beceri gerektiren işler olma eğilimindedir.

Araştırmalar hafif entelektüel yetersizliği genellikle sosyokültürel ve psikolojik nedenlerle, özellikle de çocuğun ilk yıllarındaki zayıf ve uyarıcı olmayan ortamlar, yetersiz ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve yetersiz öğrenme deneyimleri ile ilişkilendirmektedir (Pivalizza ve Lalani, 2018). Bu tür ilişkiler, yoksun bırakılmış ve zenginleştirilmiş ortamların karşılaştırıldığı çalışmalarda gözlemlenmektedir. Hatta bazı toplum programları kapsamında yoksun bırakılmış bir çevrenin zenginleştirilmesini sağlamak için düşük IQ puanına sahip küçük çocukların evlerine işçiler gönderilmekte ve onların ortamda yaptıkları değişiklikler genellikle çocukların işlevselliğini geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Bu tür programlar sürdürüldüğünde kişinin daha sonraki okul ve yetişkinlik dönemindeki performansının gelişmesine de katkıda bulunmaktadır (Ramey, 2018; Ramey ve Ramey, 2007, 2004).

Sosyokültürel ve psikolojik etkenler hafif entelektüel yetersizliğin temel nedenleri gibi görünse de bazı biyolojik etkenler de belli bir düzeyde bu tür bir yetersizliğe yol açıyor olabilir.



Diego Lima/AFP/Getty Images

**Engelleri aşmak** Cordoba, Arjantin'de yaşayan otuz bir yaşındaki Noelia Garella (ortada), çalıştığı anaokulundaki öğrencilerine kitap okuyor. O, dünya genelinde entelektüel yetersizliği olup da bir devlet okulunda öğretmen olarak çalışan az sayıda kişiden biri. Çocukken bir anaokulu tarafından "canavar" gibi görülüp reddedilmiş.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## Okuma ve 'Azma ve 'Ritmetik

Erkek çocukları arasında kız çocuklarına göre daha yaygın olmak üzere tüm çocukların yaklaşık yüzde 15 ila 20'si özellikle yavaş gelişmekte ve öğrenme, iletişim veya motor koordinasyon gibi alanlardan birinde işlev yetersizlikleri göstermektedir (Poletti ve diğ., 2018; CDC, 2017). Bu tür çocuklarda entelektüel yetersizlik yoktur ve aslında genel olarak çok zekilerdir ancak sorunları okul performansını, günlük yaşamı ve bazı durumlarda sosyal etkileşimleri olumsuz yönde etkileyebilir. Çocukların yakın biyolojik akrabalarında da benzer zorluklara rastlanabilmektedir (von Hahn, 2017, 2016). DSM-5'e göre bu çocukların çoğu özgül öğrenme bozukluğu, iletişim bozukluğu veya gelişimsel eş güdüm bozukluğu gibi her biri bir tür nörogelişimsel bozukluk olan bozukluklardan birini deneyimlemektedir.

*Özgül öğrenme bozukluğu* olan çocuklar okuma, yazma, aritmetik veya matematiksel akıl yürütme gibi becerileri edinmede önemli güçlükler yaşar (Pletti ve diğ., 2018). Amerika Birleşik Devletleri genelinde bu tür sorunlan olan çocuklar, özel eğitim programlanna yerleştirilen en büyük alt grubu oluşturmaktadır (von Hahn, 2017). Bu çocukların bazılannın okuması yanlış ya da yavaştır veya okunanın anlamını anlamakta güçlük çekerler, söz konusu bu güçlükler aynı zamanda *disleksi* olarak da bilinmektedir (Hamilton, 2018). Bazılan ise heceleme ya da yazma güçlükleri yaşar. Ayrıca bazı çocuklar da sayı gerçeklerini hatırlamakta, hesaplamalar yapmakta veya matematiksel akıl yürütmede büyük zorluk çeker.



Libor Sojka/CTK via AP Images

**Özel bir gözlük** Disleksinin nedenlerine yönelik açıklamalardan biri de bu bozukluğa sahip bazı bireylerde önemli bir görsel işleme sorunu olduğu yönündedir. Bu nedenle bozukluğun tanı ve tedavisine yardımcı olması için, bir örneği buradaki çocukta da görüldüğü üzere, çeşitli türde özel 3D gözlükler geliştirilmektedir.

*İletişim bozuklukları* arasında dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu ve çocuklukta başlayan konuşma akıcılığı bozukluğu (kekemelik) yer almaktadır (Lieberman, 2018; APA, 2013; Gillam ve Petersen, 2011). *Dil bozukluğu* olan çocuklar, kendilerini ifade etmek için dili kullanmakta, yeni sözcükler öğrenmekte veya konuşmalarını kısa basit cümlelerle sınırlamakta süregiden güçlükler yaşayabilir. *Konuşma ses bozukluğu* olan çocuklar ise konuşma sesi çıkarmada veya konuşma akıcılığında süregiden güçlükler yaşayabilir. Örneğin bazıları yaş dönemine uygun olan doğru konuşma seslerini çıkaramaz. Bu da bebek konuşmasına benzeyen bir konuşmanın ortaya çıkmasına neden olur. *Kekemeliği* olan kişiler; konuşurken sesleri sık sık tekrarlayabilir, uzatabilir veya konuşma sırasında ara verebilir, bir kelimeyi bitirmeden önce durabilir veya konuşma için kullandıkları kaslarında aşırı bir gerginlik hissedebilirler.

Son olarak *gelişimsel eş güdüm bozukluğu* olan çocuklar, eş güdümlü motor aktiviteleri yaşıtlarının çok altında bir seviyede gerçekleştirir (Hamilton, 2017; APA, 2013). Bu bozukluğa sahip küçük çocuklar sakardır ve ayakkabı bağcığı bağlama, gömlek ilikleme ve fermuarlı pantolonu bağlama gibi becerileri edinme konusunda yavaş kalırlar. Bu bozukluğu olan daha büyük çocuklar ise bulmacalan bir araya getirmekte, bir nesneyi biçimlendirmekte, top oynamakta ve baskı yapmakta veya yazmakta büyük zorluklar yaşayabilir.

Çalışmalar bu bozuklukları genetik etkenler, beyin anormallikleri, doğum yaralanmalan, kurşun zehirlenmesi, uygunsuz beslenme, duyusal veya algısal bozukluklar ve yetersiz eğitimle ilişkilendirmektedir (Hamilton, 2018, 2017; von Hahn, 2018, 2017, 2016). Bu bozukluklardan bazılarında birtakım özel tedavi yaklaşımlan etkili olmaktadır. Örneğin okuma terapisi, hafif disleksi vakaları için çok yararlıdır ve ayrıca konuşma terapisi de birçok konuşma sesi bozukluğu vakasında tam bir iyileşme sağlamaktadır. Dahası, bu bozukluklardan birçoğu herhangi bir tedaviye gerek kalmadan yetişkinlikten önce kendiliğinden düzelmektedir.

Örneğin araştırmalar, annenin hamilelik sırasında orta düzeyde alkol kullanımının, uyuşturucu kullanımının veya yetersiz beslenmesinin çocuğunun entelektüel potansiyelini azaltabileceğini göstermektedir (CDC, 2017; Popova ve diğ., 2017). Çocuğun ilk yıllarındaki yetersiz beslenme de entelektüel gelişimine zarar verebilir ancak bu etki, çocuğun beslenme düzeninde çok fazla zaman geçmeden iyileştirmeler yapılırsa, kısmen de olsa tersine çevrilebilmektedir.

**Orta, Ağır ve Çok Ağır Entelektüel Yetersizlik** Entelektüel yetersizliği olanların yaklaşık yüzde 10'u *orta entelektüel yetersizlik* kategorisinde yer almaktadır (35-49 IQ). Okul öncesi dönemde dil gelişiminde ve oyun oynama davranışlarda belirgin yetersizlikler gösterdikleri için hafif entelektüel yetersizliği olan bireylere göre tanıyı daha erken bir dönemde almaktalardır. Orta okul dönemine ulaştıklarında okuma becerileri, sayı sayma becerileri ve uyumsal beceriler edinme konusunda önemli bir gecikme gösterirler. Bununla birlikte orta entelektüel yetersizliği olan birçok kişi yetişkinliğe ulaştığında orta düzeyde bir iletişim becerisi geliştirmeyi başarır, kendine bakmayı öğrenir, mesleki eğitimden fayda görür ve genellikle gözetim altında beceri gerektirmeyen ya da biraz beceri gerektiren işlerde çalışabilir. Çoğu, gözetim altında olmaları durumunda toplumsal alanda da iyi bir şekilde işlev göstermektedir (AAIDD, 2018).

## #ÖzlüSözler

"Zekâ, değişime uyum sağlayabilme yeteneğidir."

Stephen Hawking, fizikçi

Entelektüel yetersizliği olanların yaklaşık yüzde 3 ila 4'ü *ağır entelektüel yetersizlik* kategorisinde yer almaktadır (20-34 IQ). Bu bireyler, genellikle bebeklik döneminde temel motor becerilerde ve iletişim becerilerinde yetersizlikler gösterir. Ayrıca birçoğu nörobiyolojik işlev bozukluğu belirtileri de göstermekte ve beyinde gerçekleşebilecek bir nöbetin gelişimi için artmış bir riske sahip olmaktadır. Okulda, yalnızca bir veya üç kelimeyi bir araya getirerek konuşabilirler. Genellikle özenli bir gözetime ihtiyaç duyarlar, mesleki eğitimden belli bir düzeyde fayda görürler ve yalnızca yapılandırılmış ve korunaklı ortamlarda bazı basit görevleri yerine getirebilirler. İletişimi anlama becerileri genellikle konuşma becerilerinden daha iyi durumdadır. Çoğu, grup evlerinde, bakım evlerinde veya aileleriyle yaşıyorsa toplumsal alanda da iyi bir şekilde işlev göstermektedir (AAIDD, 2018).

Entelektüel yetersizliği olanların yaklaşık yüzde 1 ila 2'si *çok ağır entelektüel yetersizlik* kategorisinde yer almaktadır (20'nin altında IQ). Bu düzeydeki bir entelektüel yetersizlik, doğumda veya erken bebeklik döneminde oldukça belirgin özellikler gösterir. Çok ağır entelektüel yetersizliği olan bireyler eğitimle birlikte yürüme, biraz konuşma ve kendi başına yemek yeme gibi temel becerileri öğrenebilir veya geliştirebilir. Tam anlamıyla bir gelişim gösterebilmeleri için bir bakıcıyla bire bir ilişkide olmak da dâhil olmak üzere yakın bir gözetim ve oldukça fazla destek sunan çok yapılandırılmış bir ortama ihtiyaçları vardır (AAIDD, 2018). Entelektüel yetersizliğin çok ağır (ve ağır) seviyeleri, genellikle ciddi fiziksel engelleri içeren daha büyük sendromların bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır.

**Entelektüel Yetersizliğin Biyolojik Nedenleri Nelerdir?** Daha önce de okuduğunuz gibi hafif entelektüel yetersizliğin birincil nedenleri çevreseldir ancak çoğu durumda biyolojik etkenler de bu tür bir yetersizliğe katkı sağlayabilmektedir. Buna karşın orta, ağır ve çok ağır entelektüel yetersizliklerin ise temel nedenleri biyolojiktir fakat bu düzeyde yetersizlikleri olan bireyler de ailelerinden ve sosyal çevrelerinden güçlü bir şekilde etkilenmektedir (Mary ve diğ., 2018; Reichenberg ve diğ., 2016). Biyolojik nedenler arasında kromozomal anormallikler, metabolik bozukluklar, doğum öncesi sorunlar, doğum komplikasyonları ve çocukluk çağı hastalıkları ve yaralanmaları yer almaktadır.

**KROMOZOMAL NEDENLER** Entelektüel yetersizliğe yol açan kromozomal bozukluklardan en yaygın olanı **Down sendromudur** ve adını, bu bozukluğu ilk kez tanımlayan İngiliz hekim Langdon Down'dan almaktadır. Down sendromu her 1000 canlı doğumdan 1'inden daha azında ortaya çıkmakta ancak annenin yaşı 35'in üzerinde olduğunda bu oran önemli ölçüde artmaktadır. Artık daha yaşlı birçok anne adayı, Down sendromunun ve diğer kromozomal anormalliklerin belirlenebilmesi için hamileliğin ilk aylarında, doğum öncesinde yapılması gereken testleri yaptırmaları için teşvik edilmektedir.

Down sendromlu bireyler küçük bir kafa yapısına, düz bir yüze, eğimli gözlere, yüksek elmacık kemiklerine ve bazı durumlarda dışarı taşan bir dil yapısına sahip olabilir. Dışarı taşan bir dil yapısı, kelimeleri açık bir şekilde telaffuz etme becerilerini etkileyebilir. Aile üyelerine karşı çok sevecen olmalarının dışında genel olarak genel popülasyondaki insanlarla aynı kişilik özelliklerini gösterirler.

Down sendromuna çeşitli türde kromozomal anormallikler neden olabilmektedir. En yaygın tür (vakaların yüzde 94'ünde görülen), kişinin serbest 21. kromozomu iki yerine üç adet olan *trizomi 21'dir* (Weremowicz, 2018). Down sendromlu çoğu insanın IQ'su 35 ila 55 arasında değişmektedir. Bu bireyler erken yaşlanıyor gibi görünmekte hatta çoğu, 40 yaşına yaklaştıkça nörobilişsel gerileme belirtileri göstermektedir (Ostermaier, 2018). Görünüşe göre Down sendromu ve erken nörobilişsel gerilemeye neden olan genler 21. kromozomda birbirine yakın konumda yer aldıkları için bu iki durum genellikle aynı anda ortaya çıkmaktadır (Hithersay ve diğ., 2017).

*Frajil X sendromu*, entelektüel yetersizliğin en yaygın ikinci kromozomal nedenidir. Frajil X kromozomuyla (yani kırılmaya ve zarar görmeye yatkın hâle getiren genetik bir anormalliğin olduğu bir X kromozomuyla) doğan çocuklar genellikle hafif ila orta düzeyde entelektüel yetersizlik, dil bozuklukları ve bazı durumlarda da davranış sorunları gösterir. Bu çocuklar genellikle utangaç ve endişelidir (Dahlhaus, 2018).

## #CinsiyetKromozomları

Anormalliği frajil X sendromuna neden olan 23. kromozom, en küçük kromozomdur.

23. kromozom, bir kişinin cinsiyetini belirler ve bu nedenle cinsiyet kromozomu olarak da adlandırılır.

Erkeklerde 23. kromozom çifti, bir X kromozomu ve bir Y kromozomundan oluşur.

Kadınlarda 23. kromozom çifti iki X kromozomundan oluşur.


AP Photo/The Idaho Statesman, Kyle Green

**Daha yükseğe ulaşmak** Günümüzde Down sendromlu bireyler, hayatlarında birçok şeyi öğrenip başarabilen bireyler olarak görülmektedir. Burada Down sendromlu bir genç olan Eddie Gordon, Timberline Lisesi beyzbol takımdaki arkadaşları tarafından kutlama amacıyla havaya kaldırılıyor. Çünkü o takım atakta iken topa ilk vuran fahri oyuncu olarak sıra ona geldiğinde topa vurduktan sonra geçen sürede tüm kaleleri dolaşarak sayı kalesine ulaşmayı başarabilmişti.

**METABOLİK NEDENLER** Metabolik bozukluklarda vücutta kimyasalların parçalanması veya üretiminde bozulmalar meydana gelmektedir. Zekâ ve gelişimi etkileyen metabolik bozukluklar genel olarak her biri bir ebeveynden gelen iki kusurlu resesif (çekinik) genin eşleşmesinden kaynaklanmaktadır. Bu türde bir genin normal bir genle eşleşmesi durumunda hiçbir etkisi olmamakla birlikte başka bir kusurlu genle eşleşmesi çocuk için büyük sorunlara yol açmaktadır.

Entelektüel yetersizliğe neden olan en yaygın metabolik bozukluk, her 14.000 çocuktan 1'ini etkilemekte olan *fenilketonüridir (FKÜ)*. FKÜ'sü olan bebekler doğumda normal görünür ancak amino asit *fenilalanini* parçalayamazlar. Bu kimsyasal vücutta birikir ve sistemi zehirleyen maddelere dönüşerek ciddi bir entelektüel yetersizliğe ve diğer bazı belirtilere neden olur. Günümüzde yenidoğan bebeklere FKÜ taraması yapılabilmekte ve bu bebeklere 3 aylıktan önce özel bir diyet uygulanırsa zekâları normal bir gelişim gösterebilmektedir (van Spronsen ve diğ., 2017).

**DOĞUM ÖNCESİ VE DOĞUMLA İLİŞKİLİ NEDENLER** Fetüsün gelişimi sırasında hamile annede ortaya çıkan büyük fiziksel sorunlar, çocuğun normal bir yaşama sahip olma olasılığını tehdit edebilmektedir (AAIDD, 2018). Örneğin hamile bir kadın çok az düzeyde iyot içeren gıdalarla beslendiğinde çocuğu tiroid bezi anormallikleri, yavaş gelişim, entelektüel yetersizlik ve cüce görünümle kendini gösteren *kretinizm -ağır konjenital hipotiroidizm* olarak da adlandırılmaktadır- ile doğabilmektedir. Besinlerde kullanılan tuz artık fazla miktarda iyot içerdiği için bu durum günümüzde nadir olarak görülmektedir. Ayrıca bu problemle doğan herhangi bir bebeğe normal gelişimini desteklemek için hızlı bir şekilde tiroid takviyesi yapılabilmektedir.

Diğer bazı doğum öncesi sorunlar da entelektüel yetersizliğe neden olabilmektedir. Bölüm 10'da da okuduğunuz gibi anneleri hamilelik sırasında çok fazla alkol tüketen çocuklar, hafif düzeyde entelektüel yetersizlikten ağır düzeyde entelektüel yetersizliğe kadar uzanan çok ciddi bir sorun grubu olan **fetal alkol sendromu** ile doğabilmektedir (CDC, 2018; Popova ve diğ., 2017). Her yıl 120.000 çocuğun fetal alkol sendromu ile doğduğu tahmin edilmektedir. Aslında hamilelik sırasında genel olarak hangi düzeydeki alkol tüketiminin güvenli olduğu araştırmalarla belirlenmemiştir. Bunlara ek olarak hamileliği sırasında annenin geçirdiği enfeksiyonlar -örneğin *kızamıkçık* (Alman kızamığı) ve *sifiliz*- entelektüel yetersizliği de içeren çok sayıda çocukluk çağı sorununa neden olabilmektedir.

Doğum komplikasyonları da entelektüel işleyişte sorunlara yol açabilmektedir. Doğum sırasında veya sonrasında uzun bir süre oksijensiz kalmak *(anoksi)*, bebekte beyin hasarına ve entelektüel yetersizliğe neden olabilmektedir. Buna ek olarak erken doğum çocuklarda kesin bir şekilde uzun vadeli sorunlara yol açmasa da araştırmalar 1,5 kg altında düşük bir doğum ağırlığına sahip bazı bebeklerin zekâ düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Oudgenoeg-Paz ve diğ., 2017).

**ÇOCUKLUK ÇAĞI SORUNLARI** Doğumdan sonra özellikle de 6 yaşına kadar olan dönemde meydana gelen belirli yaralanmalar ve kazalar entelektüel işleyişi etkileyebilmekte ve bazı

**Down sendromu** 21. kromozomdaki bir anormalliğin neden olduğu entelektüel yetersizlik biçimi.

**fetal alkol sendromu** Hamilelik sırasında annenin aşırı alkol tüketiminin bir sonucu olarak çocukta ortaya çıkan ve düşük entelektüel işlev, düşük doğum ağırlığı, ellerde ve yüzde şekil bozuklukları ile kendini gösteren bir sorun grubu.

durumlarda da entelektüel yetersizliğe yol açabilmektedir. Zehirlenmeler, bir kazanın veya istismarın neden olduğu ciddi kafa yaralanmaları, aşırı düzeyde röntgen ışınlarına maruz kalma ve belirli ilaçların aşırı kullanımı gibi durumlar özellikle tehlike oluşturmaktadır (AAIDD, 2018; Kirkham, 2017). Örneğin kurşun bazlı boyalar yemekten veya yüksek düzeyde otomobil dumanını solumaktan kaynaklanan ciddi bir *kurşun zehirlenmesi*, çocuklarda entelektüel yetersizliğe neden olabilmektedir. Cıva, radyasyon, nitrit ve böcek ilacı zehirlenmeleri de aynı şekilde etki gösterebilmektedir. Bunlara ek olarak *menenjit* ve *ensefalit* gibi bazı enfeksiyonlar, zamanında tanı konmazsa ve tedavi edilmezse entelektüel yetersizliğe yol açabilmektedir (AAIDD, 2018; Khandaker ve diğ., 2016).



Attila Balazs/EPA/Redux

**Kaynaştırmanın gücü** Entelektüel yetersizliği olan çocukların genel okul popülasyonundaki diğer çocuklarla normal sınıflarda eğitim görmesini içeren kaynaştırma veya bütünleştirme eğitim programlarının amacı, bu fotoğrafta açıkça görülmektedir. Burada Budapeşte, Macaristan'da kaynaştırma eğitimi alan Down sendromlu Nandor Szecsi (önde), ilkokuldaki sınıf arkadaşı tarafından sevgiyle kucaklanıyor.

## Entelektüel Yetersizliği Olan Bireylere Yönelik Müdahaleler

Entelektüel yetersizliği olan kişilerin elde ettikleri yaşam kalitesi büyük ölçüde sosyokültürel etkenlere bağlıdır: nerede ve kiminle yaşadıkları, nasıl bir eğitim aldıkları ve ev ortamında ve toplumsal alanda mevcut olan gelişim fırsatları gibi. Bu nedenle bu bireylere yönelik müdahale programları, rahat ve uyarıcı bir ortam sağlayan yaşam alanları, uygun bir eğitim ve sosyal ve ekonomik fırsatlar sağlamaya çalışır. Bu programlar aynı zamanda entelektüel yetersizliği olan kişilerin benlik algısı ve benlik saygısını geliştirmeyi de amaçlamaktadır. Bu ihtiyaçlar karşılandıktan sonra bazı durumlarda klasik psikolojik veya biyolojik tedavi yaklaşımları da etkili olabilmektedir.

**UYGUN YAŞAM ALANI İLE NE KASTEDİLMEKTEDİR?** Son birkaç on yıla kadar, entelektüel yetersizliği olan çocukların ebeveynleri yaşamlarını sürdürmeleri için olabildiğince erken dönemde onları devlet kurumlarına -**devlet okullarına**- göndermekteydi (Harris, 2010). Bu aşırı kalabalık kurumlar temel bir bakım sağlıyordu ancak burada kalan çocuklar sıklıkla ihmal edilmekte, istismara uğramakta ve toplumdan izole edilmekteydi.

1960'lı ve 1970'li yıllar boyunca toplum, bu üzücü koşulların daha fazla farkına varmış ve gittikçe yayılan *kurumsal bakımdan vazgeçme ve topluma entegre etme (kurumsuzlaştırma)* hareketinin (bk. Bölüm 12) bir parçası olarak entelektüel yetersizliği olan birçok kişinin devlet okullarından salıverilmesini talep etmiştir (Harris, 2010). Çoğu vakada bu kurumlardan ayrılış, yeterli hazırlık veya gözetim olmadan gerçekleştirilmiştir. Birden kurum bakımından çıkarılan şizofrenili bireyler gibi entelektüel yetersizliği olan kişiler de âdeta toplum içinde terk edilmiştir. Bu bireyler genellikle bu duruma uyum sağlayamamış ve yeniden kurum bakımına alınmaları gerekmiştir.

O zamandan beri gerçekleştirilen düzenlemeler, kendine yetmeyi öğreten, hasta bakımı için personelin daha fazla zaman ayırmasını sağlayan ve eğitim ve tıbbi hizmetler sunan *küçük kurumların* ve diğer *bakım merkezlerinin* oluşturulmasını da beraberinde getirmiştir. Bakım merkezleri, tam bir gözetim içeren grup evlerinden yarı bağımsız merkezlere ve daha büyük kurumların yerel şubelerine kadar çeşitlilik göstermektedir. Bu ortamların çoğunda, ilk olarak Danimarka ve İsveç'te başlatılmış olan **normalleştirme** ilkeleri uygulanmaktadır -bu doğrultuda söz konusu merkezler bireylere, toplumun geri kalanının sahip olduğuna benzer yaşam koşulları; esnek bir günlük rutin ve özerk olma, cinsellikle ilgili gereksinimlerin giderilmesi ve ekonomik bağımsızlık gibi normal gelişimsel deneyimleri içeren imkânlar sağlamaya çalışır (Pivalizza, 2017).

Günümüzde entelektüel yetersizliği olan çocukların büyük bir çoğunluğu, bir kurumdan ziyade evde yaşamaktadır. Bununla birlikte entelektüel yetersizliği olan bazı bireyler yetişkinlik dönemine ulaştıklarında ve ebeveynleri yaşlandıkça ailelerinin sağlayamayacağı düzeyde bir yardıma ve imkanlara ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada bir bakım merkezine yerleşmek onlar için uygun bir seçenek hâline gelmektedir. Entelektüel yetersizliği olan çoğu insan, hafif entelektüel yetersizliği olan bireylerin ise neredeyse tümü, artık yetişkinlikte yaşamlarını ya ailelerinin evinde ya da bir bakım merkezinde geçirmektedir (NCD, 2018; Sturmey ve Didden, 2014).

**EN ÇOK HANGİ EĞİTİM PROGRAMLARI YARAR SAĞLAMAKTADIR?** Erken müdahale çok büyük bir umut vadeden bir yaklaşım olduğundan entelektüel yetersizliği olan bireyler için düzenlenen eğitim programları erken yıllarda başlayabilmektedir. Uygun eğitimin ne olacağı, kişinin işlevsellik düzeyine bağlıdır. Çocuklar okula başladıktan sonra özel sınıflarda verilen bir eğitimin mi yoksa kaynaştırma eğitiminin mi daha etkili olacağı eğitimciler tarafından son yıllarda sıkça tartışılan bir konudur (Malki ve Einat, 2017; Bouck ve Park, 2016). **Özel eğitimde** entelektüel yetersizliği olan çocuklar diğer çocuklardan ayrı, özel olarak yapılandırılmış bir eğitim programında bir arada eğitim alırlar. Bunun aksine **kaynaştırma** veya **bütünleştirme eğitiminde** ise entelektüel yetersizliği olan çocuklar genel okul popülasyonundaki öğrencilerle birlikte normal sınıflarda eğitim görmektedir. Her iki yaklaşımın da tutarlı bir şekilde

birbirine benzer etkileri olduğu görülmektedir. Bazı öğrenme alanları ve bazı çocuklar için kaynaştırma eğitimi, diğer bazı öğrenme alanları ve çocuklar için ise özel sınıflarda eğitim almak daha yararlı olabilmektedir.

Entelektüel yetersizliği olan öğrencilerle çalışan öğretmenler; öğrencilerinin kendine yardım, iletişim, sosyal ve akademik becerilerini geliştirmek için genellikle edimsel koşullanma ilkelerini kullanır (Mader, 2017; Pivalizza, 2017). Öğretmenler, öğrenilmesi istenen görevleri küçük adımlara böler ve her bir ilerleme için olumlu pekiştirme uygular. Ayrıca birçok kurum, okul ve özel bakım merkezi, DEHB olan çocukların ve şizofrenili bireylerin tedavisinde kullanılan ve edimsel koşullanma yöntemlerini içeren programlar olarak bilinen *jetonla ödüllendirme programları* da oluşturmaktadır.

**Özel eğitim sınıfları ve kaynaştırma eğitimi karşılaştırıldığında hangi açıdan birbirlerinden daha fazla yarar sağlıyor olabilirler?**

**TERAPİ NE ZAMAN GEREKLİDİR?** Herkes gibi entelektüel yetersizliği olan bireylerin de bazen duygusal ve davranışsal sorunları olabilmektedir (Sutton ve Gates, 2019). Bu bireylerin yaklaşık yüzde 30'unda veya daha fazlasında entelektüel yetersizliğin yanında bir psikolojik bozukluk da görülmektedir (Bratek, Krysta ve Kucia, 2017; Bouras ve Holt, 2010). Dahası bazı bireyler düşük benlik saygısı, kişiler arası sorunlar ve toplum yaşamına uyum sağlamada zorluk çekmektedir. Bireysel veya grup terapisi uygulanarak bu sorunlara yönelik bir dereceye kadar fayda sağlanmaktadır (Cooney ve diğ., 2018). Entelektüel yetersizliği olan çok sayıda insan aynı zamanda psikotropik ilaç tedavisi de almaktadır (Bowring ve diğ., 2017). Bununla birlikte birçok klinisyen, ilaçların çok sık olarak sadece bireylerin daha kolay yönetilmesini sağlamak amacıyla kullanıldığını öne sürmektedir.

**KİŞİSEL, SOSYAL VE MESLEKİ GELİŞİMİ DESTEKLEMEK** İnsanların hayatta ilerlemek için kendilerini etkili ve yetkin hissetmeleri gerekir. Entelektüel yetersizliği olan bireyler, içinde yaşadıkları toplum onların gelişimini ve kendi seçimlerinin çoğunu yapmalarını desteklerse kendilerini daha etkili ve yetkin hissedeceklerdir. Normalleştirme hareketinin başladığı Danimarka ve İsveç, entelektüel yetersizliği olan bireyleri risk almaya ve bağımsız hareket etmeye teşvik eden gençlik kulüpleri kurarak bu alanda yine öncü olmuştur. Ayrıca Özel Olimpiyatlar Programı da entelektüel yetersizliği olan bireyleri hedef belirlemede girişken olmaya, çevrelerine katılmaya ve başkalarıyla sosyal olarak etkileşime girmeye teşvik etmektedir (Tint ve diğ., 2017; Crawford ve diğ., 2015).

Sosyalleşme, cinsel yaşam ve evlilik entelektüel yetersizliği olan bireyler ve aileleri için zor konulardır ancak uygun eğitim ve uygulama ile bu bireyler genellikle doğum kontrol haplarını kullanmayı öğrenebilmekte ve uygun bir aile planlaması yürütebilmektedir (Gil-Llario ve diğ., 2018). Ulusal savunuculuk kuruluşları ve bir dizi klinisyen günümüzde bu bireylere bu konularda rehberlik etmekte ve bu doğrultuda *flört becerileri programları* da geliştirilmektedir (AAIDD, 2018).

Bazı eyaletler entelektüel yetersizliği olan bireylerin evlenmelerini yasalarla sınırlandırmaktadır. Ancak bu yasalar nadiren uygulanmaktadır ve aslında hafif entelektüel yetersizliği olan birçok insan evlenmektedir. Yaygın yanlış inançların aksine bu kişilerin çok başarılı evlilikleri olabilmektedir. Bazı bireyler çocuk yetiştirebilecek becerilere sahip olmamakla birlikte birçok birey bunu kendi başına veya özel bir yardım alarak ve toplum hizmetlerinden yararlanarak başarabilmektedir (McConnell ve diğ., 2017).

Son olarak entelektüel yetersizliği olan yetişkinler -bu yetersizliğin ciddiyetinden bağımsız olarak- bir iş sahibi olmanın getirdiği kişisel ve ekonomik ödüllere ihtiyaç duyar (AAIDD, 2018; Park ve Bouck, 2018). Birçoğu, yeteneklerine göre uyarlanmış bir hızda ve seviyede bu tür bireylere eğitim vermeyi amaçlayan *korumalı iş yerlerinde* yani korunan ve denetlenen iş yerlerinde çalışır. Hafif veya orta düzeyde entelektüel yetersizliği olan pek çok kişi bir iş yerinde çalışmaya yönelik eğitim aldıktan sonra düzenli bir işte çalışmaya başlamaktadır. Entelektüel yetersizliği olan bireylere yönelik bu tür eğitim programlarının kalitesi, son 40 yılda büyük ölçüde artmış olsa da henüz çok az sayıda program bulunmaktadır. Entelektüel yetersizliği olan daha fazla bireyin bir çalışan ve bir insan olarak tam anlamıyla potansiyelini ortaya koyabilmesi için bu türden daha çok eğitim programına ihtiyaç vardır.

**devlet okulu** Entelektüel yetersizliği olan bireyler için devlet destekli bir kurum.

**normalleştirme** Kurumların ve bakım merkezlerinin, toplumun geri kalanının yararlandığı benzer yaşam koşullarını ve imkânlarını entelektüel yetersizliği olan bireyler için de sağlaması ilkesi.

**özel eğitim** Entelektüel yetersizliği olan çocukların bir arada diğer çocuklardan ayrı, özel olarak yapılandırılmış bir eğitimin verilmesini içeren bir yaklaşım.

**kaynaştırma** Entelektüel yetersizliği olan çocukların normal okul sınıflarına yerleştirilmesi. *Bütünleştirme* olarak da bilinmektedir.

**Para, bağımsızlık ve öz saygı için çalışmak** Simone Ippoliti, Roma'daki Locanda dei Sunflowers isimli restoranda patronuna bira koyuyor. Restoran, Simone gibi entelektüel yetersizliği olan bireylerin istihdamını destekliyor -eğitim ve işe yerleştirme yoluyla onların iş imkânlarına ulaşmasına ve saygınlık kazanmasına yardımcı oluyor.



Gabriel Bouys/AFP/Getty Images

## #EnKötüKelime

Bu yüzyılın başlarında genel nüfus üzerinde yapılan anketler, yetersizlik ile ilişkili en aşağılayıcı kelimenin "gerizekâlı" kelimesi olduğunu göstermiştir. Bu nedenle Kongre Meclisi 2010 yılında, kamuda birçok alanda "zekâ geriliği" teriminin yerine "entelektüel yetersizlik" teriminin kullanılması zorunluluğunu getiren Rosa Yasası'nı kabul etmiştir. Benzer şekilde 2013 yılında, DSM-5'te de bu etiket değiştirilmiştir.

## 9... ÖZETLE

**NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR** Nörogelişimsel bozukluklar; doğumda veya çocukluk döneminin çok erken aşamalarında ortaya çıkan ve bireyin davranışını, belleğini, odaklanmasını ve/veya öğrenme becerisini etkileyen beynin işleyişindeki bozulmaları içeren bir bozukluk grubudur.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklar, görevleri yerine getirmede büyük bir güçlük çekerler veya aşırı hareketli ve dürtüsel şekilde davranırlar veya her iki durumu da sergilerler. DEHB'de görülen dikkat güçlüklerinin çoğu, ilgili beyin yapıları arasında problemli bağlantısallık olan beyindeki işlevsel olmayan bir dikkat döngüsünün bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. İlaç tedavisi metilfenidat, amfetamin ya da diğer uyarıcı ilaçlar ve bilişsel davranışçı programlar bu bozukluğun tedavisinde etkili olabilmektedir.

Otizm spektrum bozukluğu olan bireyler diğer insanlara karşı aşırı düzeyde tepkisizdir, önemli düzeyde iletişim yetersizlikleri vardır ve oldukça basmakalıp ve yineleyici davranışlar, ilgi alanları ve etkinlikler sergilerler. Bu bozukluğa yönelik önde gelen açıklamalar, zihin kuramı ve ortak dikkat becerileri geliştirememe gibi bilişsel yetersizliklerin ve belki de işlevsel olmayan bir beyin döngüsünü de içeriyor olabilecek bazı biyolojik anormalliklerin rolüne vurgu yapmaktadır. Otizm örüntüsünde tam bir iyileşme sağlayan bir tedavi olmamakla birlikte bilişsel-davranışçı tedaviler; iletişim eğitimi, ebeveynler için eğitim ve tedaviler ve toplumsal entegrasyon gibi önemli ölçüde yarar sağlayabilecek yaklaşımlar bulunmaktadır.

Entelektüel yetersizliği olan bireyler, zekâ ve uyum yeteneği açısından ortalamanın oldukça altındadır. Entelektüel yetersizliğin en yaygın görülen biçimi olan hafif entelektüel yetersizlik, genellikle bir çocuğun ilk yıllarındaki uyarıcı olmayan ortamlar, yetersiz ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve yetersiz öğrenme deneyimleri gibi çevresel etkenlerle ilişkilendirilmektedir. Orta, ağır ve çok ağır entelektüel yetersizlikler ise daha çok biyolojik etkenlerden kaynaklanmaktadır. Entelektüel yetersizliğin önde gelen biyolojik nedenleri, kromozomal anormallikler, metabolik bozukluklar, doğum öncesi sorunlar, doğum komplikasyonları ve çocukluk çağı hastalıkları ve yaralanmalarıdır.

Günümüzde entelektüel yetersizliği olan bireylere yönelik müdahale programları genel olarak normalleştirme ilkelerini izleyen rahat ve uyarıcı bir yaşam yerinin -aile evi, küçük bir kurum veya grup evi ya da yarı bağımsız bir merkez- önemi üzerinde durmaktadır. Diğer önemli müdahaleler arasında uygun eğitim, psikolojik problemler için terapi ve sosyalleşme, cinsel yaşam, evlilik, ebeveynlik ve mesleki becerilere yönelik eğitim sunan programlar yer almaktadır. Eğitimciler tarafından son yıllarda sıkça tartışılan konu, bu bireyler için özel sınıflarda verilen bir eğitimin mi yoksa kaynaştırma eğitiminin mi daha etkili olacağıdır.

# Klinisyenler Çocukluk ve Ergenlik Dönemini Keşfediyor

Yirminci yüzyılın başlarında ruh sağlığı uzmanları çocukları âdeta görmezden gelmiştir. En iyi durumda bile onları küçük yetişkinler olarak görmüş ve çocuklarda görülen psikolojik bozuklukların tedavisinde yetişkinlerde görülen psikolojik bozukluklara yönelik tedavileri uygulamışlardır. Günümüzde ise gençlerin sorunları ve ihtiyaçları araştırmacıların ve klinisyenlerin ilgisini çekmektedir.

Bu artan ilgi, büyük ölçüde ailenin önemi üzerinde toplanmıştır. Çocuklar ve ergenler, yaşamları üzerinde sınırlı kontrole sahip oldukları için özellikle aile üyelerinin tutum ve tepkilerinden etkilenirler. Bu nedenle klinisyenler, gençlerin sorunlarını çözmeye çalışırken bu tutum ve tepkilerle ilgilenmelidir. Davranım bozukluğu; DEHB, entelektüel yetersizlik ve diğer çocukluk çağı ve ergenlik dönemi sorunlarına yönelik tedaviler, klinisyenler aileye de eğitim vermedikçe ve onlarla da çalışma yapmadıkça genellikle yetersiz kalmaktadır. Aynı zamanda çocuklarla ve ergenlerle çalışan klinisyenler, herhangi bir duruma dar bir bakış açısı ile odaklanmanın da sorunlara yol açabileceğini öğrenmiştir. Yıllar boyunca otizm spektrum bozukluğu yalnızca aile etkenleri ile açıklanmış, bu hem kuramcıları hem de terapistleri yanıltmış ve çocuklarının yaşadığı sorunlar nedeniyle hâlihazırda tükenmiş olan ebeveynlerin sıkıntısını daha çok arttırmıştır.

Gençler üzerinde bu artan klinik odaklanmaya, aynı zamanda gençlerin insani ve yasal haklarının korunmasına yönelik artan ilgi de eşlik etmektedir. Giderek daha fazla klinisyen, genellikle güçsüz olan bu grubun



### KLİNİK TERCİHLER

Artık çocuklarda ve ergenlerde sık görülen bozuklukları öğrendiniz. Şimdi bu bölümde öğrendiklerinizi etkileşimli vaka çalışması ile değerlendirin. Gabriel'ın belirtilerini tanımlamaya çalışın ve belirtilerine göre nasıl bir tanı alacağını belirleyin. Gabriel için en etkili tedavi yaklaşımı hangi yaklaşım olur? ***Klinik Tercihlere*** erişmek için **Başlatma Çubuğu'na** gidin.

haklarını korumak ve güvenliğini sağlamak için devlet kurumlarını göreve çağırmaktadır. Bunu yaparak daha nitelikli eğitim kaynaklarını ulaşılabilir hâle getirmek ve çocuk istismarı ve ihmali, cinsel istismar, yetersiz beslenme ve fetal alkol sendromunu engellemek için başlattıkları bu mücadeleyi daha da genişletmeyi umuyorlar.

Gençlerin sorunları ve zaman zaman maruz kaldıkları kötü muamele daha çok ilgi gördükçe bu bireylerin özel gereksinimleri olduğu gerçeği daha da görünür hâle gelmektedir. Bu nedenle, büyük olasılıkla çocuklar ve ergenlerde görülen psikolojik bozuklukların incelenmesine yönelik araştırmaların sayısı artmaya ve bu bozukluklara yönelik tedavi yaklaşımları yaygınlaşmaya hızlı bir şekilde devam edecektir. Artık klinisyenler ve kamu görevlileri bu popülasyonu "keşfettikleri" için onların ihtiyaçlarını ve önemini tekrar görmezden gelmeleri olası görünmemektedir.

## Anahtar Terimler

**zorbalık, s. 437**
**ayrılma kaygısı bozukluğu, s. 439**
**seçici konuşmazlık, s. 439**
**oyun terapisi, s. 440**
**yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, s. 443**
**karşıt olma karşı gelme bozukluğu, s. 444**
**davranım bozukluğu, s. 444**
**ebeveyn yönetimi eğitimi, s. 446**
**ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi, s. 446**
**multisistematik terapi, s. 446**
**enürezis, s. 448**
**enkoprezis, s. 448**
**nörogelişimsel bozukluklar, s. 450**
**DEHB, s. 450**
**tip 1 dikkat süreçleri, s. 451**
**tip 2 dikkat süreçleri, s. 451**
**dikkat döngüsü, s. 452**
**metilfenidat, s. 452**
**otizm spektrum bozukluğu, s. 454**
**ekolali, s. 455**
**zihin kuramı, s. 456**
**ortak dikkat, s. 456**
**destekleyici iletişim sistemi, s. 459**
**entelektüel yetersizlik (EY), s. 460**
**zeka bölümü (IQ), s. 461**
**hafif entelektüel yetersizlik, s. 462**
**orta entelektüel yetersizlik, s. 463**
**ağır entelektüel yetersizlik, s. 464**
**çok ağır entelektüel yetersizlik, s. 464**
**Down sendromu, s. 464**
**frajil X sendromu, s. 464**
**resesif genler, s. 464**
**fenilketonüri (PKU), s. 465**
**fetal alkol sendromu, s. 465**
**devlet okulu, s. 466**
**normalleştirme, s. 466**
**özel eğitim, s. 466**
**kaynaştırma, s. 466**
**korumalı işyeri, s. 467**

## Hızlı Kısa Sınav

1. Çocuklar ve ergenler arasında yaygın olan çeşitli bozuklukların görülme oranları ve cinsiyet oranları nedir? *s. 436-468*
2. Çocukluk çağında kaygı ve depresyon bozukluklarının farklı türleri nelerdir? Bu bozukluklar için günümüzde önde gelen açıklamalar ve tedavi yaklaşımları nelerdir? *s. 438-443*
3. Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu nedir ve bu yeni tanı kategorisinin DSM-5'e eklenmesi çocukluk çağı bipolar bozukluğu tanısını nasıl etkileyebilir? *s. 443*
4. Karşıt olma karşı gelme bozukluğunu ve davranım bozukluğunu tanımlayın. Davranım bozukluğuna hangi etkenler neden olur ve bu bozukluk nasıl tedavi edilir? *s. 444-448*
5. Enürezis ve ekoprezis nedir? Bu bozukluklar nasıl tedavi edilir? *s. 448-449*
6. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun belirtileri nelerdir? Günümüzde bu bozukluk için önde gelen açıklamalar nelerdir? DEHB için mevcut tedavi yaklaşımları nelerdir ve bu yaklaşımlar ne kadar etkilidir? *s. 450-454*
7. Otizm spektrum bozukluğu nedir ve olası nedenleri nelerdir? Bu bozukluğa yönelik tedavinin genel amaçları nedir ve bu bozuklukta en çok hangi müdahaleler etkili olmaktadır? *s. 454-460*
8. Entelektüel yetersizliğin farklı düzeylerini tanımlayın. s. 460-464
9. Entelektüel yetersizliğin başlıca çevresel ve biyolojik nedenleri nelerdir? *s. 462-466*
10. Hangi türdeki yaşam alanları, eğitim programları, tedaviler ve toplum programları entelektüel yetersizliği olan bireylere faydalı olmaktadır? *s. 466-468*

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad


D E A
U C R

BÖLÜM

15

# ...Yaşlanma ve Bilişsel Bozukluklar

BÖLÜM AKIŞI


- Yaşlılık ve Stres
- İleri Yaşlarda Depresyon
- İleri Yaşlarda Kaygı Bozuklukları
- İleri Yaşlarda Madde Kötüye Kullanımı
- İleri Yaşlarda Psikotik Bozukluklar
- Bilişsel Bozukluklar
  - Deliryum
  - Alzheimer Hastalığı ve Diğer Nörobilişsel Bozukluklar
- Yaşlılıkta Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler
- Klinisyenler Yaşlılığı Keşfediyor


*Harry 58 yaşındaydı ve sağlığı mükemmel görünüyordu... Küçük bir şehrin belediyesinde, su arıtma tesisinde çalışıyordu ve Harry'nin yaşadığı bozukluğa dair ilk işaretler de bu işte çalışırken ortaya çıktı. İşte yaşanan küçük bir arızaya müdahale ederken sıvı akışını kontrol eden kolları hangi sırayla çekmesi gerektiğine dair aklı karışmıştı. Bunun sonucunda kanalizasyondaki arıtılmamış birkaç bin galon atık su nehre karıştı. Harry verimli çalışan, gayretli biriydi ve yapılan bir dizi soruşturmadan sonra o gün yaptığı hata, geçirdiği soğuk algınlığına ve gözden kaçırmış olmasına atfedildi.*

*Birkaç hafta sonra Harry, iki gece önce aynısını eve getirdiğini unutarak karısının ondan satın almasını istediği bir fırın tepsisiyle eve geldi. Bir hafta sonra üst üste iki gece, kızını çalıştığı restorandan almaya gitti ancak kızının vardiyası çoktan değişmiş ve o, bunu unutmuştu. Bundan bir ay sonra kendi kişiliğiyle hiç bağdaşmayacak şekilde telefon operatörüyle tartıştı... Harry üç gün önce zaten ödediği faturayı ödemeye çalışıyordu...*

*Aylar geçip giderken Harry'nin eşi de yanındaydı. Sorunun giderek kötüleştiğini görebiliyordu. Eşine etkin bir yardımda bulunamıyor olmasının ötesinde Harry giderek daha fazla alıngan oluyor ve zaman zaman eşinin çabalarına karşı şüpheci bir tutum sergiliyordu. Kendisinde ters giden bir şey olmadığı konusunda ısrar ediyor ve karısı onu sık sık kendisini izlerken buluyordu... Ortada bir neden yokken aniden sinirlendiği dönemler olurdu... Karısını daha fazla zorlayan kısım ise Harry'nin bazı konuşmaları tekrar etmesiydi: Sık sık geçmişteki aynı hikâyeleri anlatır, bazen de yakın zamanlardaki konuşmalardan seçtiği bazı cümleleri ve ifadeleri tekrar tekrar söylerdi. Anlattıkları bağlamdan kopuktu ve seçtiği konular arasında devamlılık çok azdı.*

*Kanalizasyon suyunun karışmasına yol açtığı o günden iki yıl sonra artık Harry'deki değişim açıkça görülebiliyordu. Çoğu zaman dalgın görünüyordu, yüzünde genellikle boş bir gülümseme vardı ve ağzından çıkan sınırlı sayıdaki sözcük de o kadar belirsizdi ki herhangi bir anlam ifade etmiyordu... Yavaş yavaş, karısı her sabah onu uyandırmaya, tuvalete götürmeye ve giydirmeye başladı...*

*Harry'nin durumu zaman içinde kötüleşmeye devam etti. Karısının okulu yeniden başladığında kızları birkaç gün babasıyla kalacaktı ve komşular da göz kulak olabileceklerini söylediler. Ama Harry ara sıra yine de uzaklaşmayı evden başarırdı. Böyle zamanlarda karşılaştığı herkesi (eskiden tanıdığı insanları veya yabancıları) "Merhaba, karşılaşmak ne hoş!" diyerek selamlardı. Artık "hoş, hoş, hoş" kelimesini defalarca tekrar ediyordu, konuşmasının kapsamı bundan ibaretti... Harry bir seferinde, cezveyi elektrikli ocağın üzerinde unutup cezve eridiğinde ne yapacağını bilemeyen karısı çareyi Harry'i başka bir doktora götürmekte buldu. Harry'nin genel sağlık durumu gayet iyiydi. [Ancak] doktor bir [beyin taraması istedi ve sonunda] Harry'nin "Alzheimer hastalığı" olduğu sonucuna vardı... Harry eski bir askerdi... hastanede kalabilecek [vasıftaydı]... Evinden yaklaşık 400 mil uzaklıktaki gaziler hastanesinde...*

*Hastanede hemşireler, Harry'yi her gün bir sandalyeye oturttular ve gönüllülerin yardımıyla yeterince yemek yediğinden emin oldular. Harry yine de kilo verdi ve zayıfladı. Karısı onu her ziyarete geldiğinde ağlardı ama konuşmaz ve onu tanıdığına dair başka bir işaret vermezdi. Bir yıl sonra ağlamalar da kesildi. Harry'nin karısı daha fazla ziyaret etmeye dayanamadı. Harry altmış beşinci yaş gününün hemen sonrasına kadar yaşadı, boğazına bir parça ekmek kaçtı, bunun sonucunda zatürree gelişti ve çok geçmeden öldü.*

*(Heston, 1992, s. 87-90)*

Harry Alzheimer hastalığının bir türünden muzdarip. Bu terim, toplumumuzda hemen hemen herkese tanıdık gelmektedir. Görünüşe göre her on yılda bir, herkesi korkutan bir hastalık ön plana çıkıyor. Bu öyle bir hastalık oluyor ki tıpkı ölüm cezası almış gibi hissettirdiği için kimsenin duymak

Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

**geropsikoloji** Yaşlı insanların ruh sağlığı ile ilgilenen psikoloji alan.

istemediği bir hastalık. Önce kanser sonra da AIDS böyle bir hastalıktı. Ancak tıp bilimi bu hastalıklarda önemli gelişmeler kaydetti ve şimdi bu hastalıklara sahip kişiler büyük umutlar besleyebiliyor. Öte yandan Alzheimer hastalığı düzelemez ve neredeyse tedavi edilemez olsa da ileriki sayfalarda göreceğiniz gibi araştırmacılar şu anda onu anlamak ve ilerlemesini tersine çevirmek ya da en azından yavaşlatmak için muazzam çalışmalar ortaya koyuyor.

Alzheimer hastalığını özellikle korkutucu yapan şey, bunun yalnızca nihai fiziksel ölümün ötesinde, kişinin hafızasında ve ilgili bilişsel yetilerinde ilerleyici bir bozulma olduğu düşünülürse aynı zamanda Harry'nin durumunda olduğu gibi yavaş bir psikolojik ölüm anlamına gelmesidir. Önceden bunama olarak adlandırılan bilişteki önemli bozulma, artık nörobilişsel bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. DSM-5'te listelenen birçok nörobilişsel bozukluk türü vardır (APA, 2013). Alzheimer hastalığı bunlardan en yaygın olanıdır (Wolk & Dickerson, 2017).

Nörobilişsel bozukluklar şu anda yaşlılar arasında en çok duyulan ve korkulan psikolojik sorunlar olsa da aslında tehlike sadece bununla kalmıyor. Çeşitli psikolojik bozukluklar sonraki yaşamla da yakından bağlantılıdır. Çocukluk çağı bozukluklarında olduğu gibi yaşlılık bozukluklarının bir kısmı özellikle yaşamın o döneminde ortaya çıkması muhtemel olan baskılardan, diğerleri öznel travmatik deneyimlerden ve nörobilişsel bozukluklarda olduğu gibi bir kısmı da biyolojik anormalliklerden kaynaklanır.

## Yaşlılık ve Stres

Toplumumuzda yaşlılık genellikle 65 yaş üstü olarak tanımlanır. Bu hesaba göre Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 46 milyon kişi "yaşlı" olup bunlar toplam nüfusun yüzde 14,5'ini oluşturmaktadır. Bu oran, 1900'den bu yana 15 katlık bir artışı göstermektedir (U.S. Census Bureau, 2018, 2016; Mather, 2016). Ayrıca 2030 yılına kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde 70 milyon yaşlı olacağı tahmin ediliyor yani nüfusun yaklaşık yüzde 21'i. Sadece genel yaşlı nüfusu artmakla kalmıyor, aynı zamanda 85 yaş üstü insan sayısı da önümüzdeki 10 yıl içinde ikiye katlanacak. Gerçekten de 85 yaşın üzerindeki insanlar, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünyanın birçok ülkesinde nüfusun en hızlı artış gösteren kesimini temsil ediyor. Yaşlı kadınların sayısı, yaşlı erkeklerden neredeyse 3'e 2 oranında daha fazladır.

Çocukluk gibi yaşlılık da özel baskıları, benzersiz çalkantıları ve büyük biyolojik değişiklikleri beraberinde getirir (Heflin, 2018). İnsanlar yaşlandıkça hastalık ve



Owen Franken/Getty Images

**bir fark yaratmak** Değersizlik duygusu ve düşük benlik saygısının önlenmesine yardımcı olmak için bazı yaşlı insanlar uzmanlıklarını yeni becerilerde ustalaşmaya, iş projelerinde yer almaya ve bunun gibi alanlarla uğraşan gençlere destek olmak için kullanıyor. Bir ilkokulda düzenli olarak gönüllülük yapan bu yaşlı adam, birinci sınıf öğrencisine matematik öğretiyor.

yaralanmalara daha yatkın hâle gelirler. 65 yaş üstü yetişkinlerin yaklaşık yarısının iki veya üç kronik hastalığı, yüzde 15'inin ise dört veya daha fazla kronik hastalığı vardır ve yaşlıların en az yarısında bir uykusuzluk veya diğer uyku sorunları görülür (APA, 2018, 2017; Winkelman, 2018). Ek olarak yaşlı insanlar muhtemelen eşlerin, arkadaşların ve yetişkin çocukların kaybı; önceki faaliyetler ve rollerin artık olmayışı, işitme ve görme zorlukları gibi kayıpların stresiyle de uğraşmaktadır. Birçoğu, emekli olduktan sonra amaçlarını kaybeder. Ayrıca bazıları, evcil hayvanlarının ve değer verdikleri eşyaların kaybına uyum sağlamak zorundadır.

Yaşı ilerleyen insanlara bilişsel açıdan kolaylık ve huzur veren ne tür aktiviteler olabilir?

Yaşlanmanın getirdiği streslerin mutlaka psikolojik sorunlara yol açması gerekmez (bk. ***Psikolojik Gözlem***). Aslında bazı yaşlılar, özellikle sosyal ilişkilere ağırlık verenler ve yaşamları üzerinde kontrol duygusuna sahip olanlar, yaşlanmayla birlikte gelen değişimleri birer öğrenme ve büyüme fırsatı olarak kullanırlar (Espinoza ve Unützer, 2017). Örneğin yaşlıların üçte ikisi, 2000 yılından bu yana 16 kat artışla benzer yaş ve ilgi alanlarına sahip insanlarla bağlantı kurmak için interneti kullanıyor (Pew ResearchCenter, 2017; Oinas-Kukkonen ve Mantila, 2009). Nitekim 65 yaş üstü kişilerin yüzde 34'ü sosyal medya kullanmaktadır. Ancak yaşlı insanların diğer bir kesimi için yaşlılığın stresleri psikolojik zorluklara yol açmaktadır. Araştırmalar, yaşlı insanların yüzde 20'sinden fazlasının bir ruhsal bozukluk kriterini karşıladığını ve tüm yaşlıların yarısı kadarı ruh sağlığı hizmetlerinden bir dereceye kadar yararlanabilse de yüzde 20'den azının bu hizmetlere gerçekten erişebildiğini gösteriyor (APA, 2018, 2017). Yaşlı insanların

## PSİKOLOJİK GÖZLEM

### Yaşlıların Yaşlısı

Klinisyenler, yaşlanmanın kaçınılmaz olarak sadece fiziksel sıkıntılara değil, aynı zamanda bazı psikolojik sorunlara yol açtığını söyler.

ABD'de yüz yaşını deviren yaklaşık 72.000 kişi vardır. Bu insanlara yapılan çalışmalar-ki bunlar yaşlıların en yaşlısı olarak da adlandırılır, bu insanların 80'ler ve 90'ların başındaki kadar ortalama düzeyde sağlığa, pozitif bakış açısına ve görece sorunsuz bir zihinsel duruma sahip olduklarını göstermektedir (Etxeberria ve diğ., 2017; Rea, 2017). Elbette bazı bilişsel işlevlerde yavaşlama olur ancak yarısından çoğu hala yaşına göre normal düzeyde performans gösterir. Aslında pek çok ileri yaşta insan çalışabilir, cinsel olarak aktif olabilir ve sokakta olmaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanır. En büyük korkuları nedir peki? Bilişsel işlevlerde yıkım. Bazı çalışmalara göre 90 ve üzeri yaştaki pek çok insan ölümden çok bilişsel kayıptan korkar (Aresie ve diğ., 2017; Beeve ve diğ., 2003).

Bazı bilim insanları, uzun yaşayan insanların onları, yatağa mahkûm olmaktan veya ölümcül hastalıklardan koruyan "uzun yaşam" genleri olduğuna inanır (Gressi ve diğ., 2018; Hae ve diğ., 2018). Araştırmalar ayrıca ileri yaştaki insanların yaşamın zorluklarına göğüs germek ve iyimserliklerini korumak için belirli türde yaşam alışkanlıklarına ve kişilik özelliklerine sahip olmaları gerektiğine işaret ediyor (Etxeborria ve diğ., 2017; a Rosa ve diğ., 2014). Yüz yaşını devirenler uzun yıllardır sürdürdükleri bazı yaşam alışkanlıklarından söz eder -sağlıklı yiyecekler yemek, düzenli egzersiz yapmak ve sigara içmemek gibi (da Silva ve diğ., 2018; Rea, 2017). Emekli bir matematik ve hayat bilgisi öğretmeninin dediği gibi:" Duramazsınız... Sürekli hareket hâlinde olmalısınız (Duenwald, 2003).



© Lawrence Jackson/White House/ZUMAPRESS.com

**(Uzun) Bir yaşam hayali**
2008'den beri, Virgina McLaurin'in hayali Başkan Barack Obama ile tanışmaktı. Bu istek 2016'da yüz yaşına bastığında Afrika-Amerika Tarihi kutlamaları için Beyaz Sarayda verilen resepsiyona davet edilmesi ile gerçekleşti. McLaurin sadece Başkan Obama ile tanışmadı, aynı zamanda First Lady Michelle Obama ile de dans etti.

ruh sağlığına adanmış psikoloji alanı olan **geropsikoloji**nin gelişimi, neredeyse tamamen son kırk yıla dayanmakta ve şu anda klinisyenlerin yalnızca yüzde 4,2'si yaşlı kişilerle çalışmaktadır (APA, 2018, 2017).

Yaşlıların yaşadıkları psikolojik sorunlar iki gruba ayrılabilir. Bir grup, tüm yaş gruplarında yaygın olabilen ancak genellikle yaşlı bir kişide ortaya çıktıklarında yaşlanma süreciyle bağlantılandırılabilecek olan bozukluklardır. Bunlar *depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları* ve *madde kullanım bozukluklarını* içerir. Diğer grup; *deliryum, hafif nörobilişsel bozukluklar* gibi biliş bozuklukları ve beyin anormalliklerinden kaynaklanan *majör nörobilişsel bozukluklar*dan oluşur. Harry'nin durumunda olduğu gibi bu beyin anormallikleri çoğunlukla yaşlanmaya bağlıdır ancak bazen insanlar daha gençken de ortaya çıkabilir. Yaşlı bir kişide bu psikolojik sorunlardan biri görüldüğünde genellikle diğer sorunlar da görülür. Örneğin nörobilişsel bozukluklardan muzdarip birçok kişi aynı zamanda depresyon ve kaygı ile de uğraşır (APA, 2018).

#YoksullukBaskısı

Yoksulluk sınırının altında yaşayan Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların yüzdesi %10

Yoksulluk sınırının altında yaşayan yaşlı İspanyol Amerikalıların yüzdesi %21

Yoksulluk sınırının altında yaşayan yaşlı Afrikalı Amerikalıların yüzdesi %24

(Bilgi kaynağı: Heflin, 2018)

## İleri Yaşlarda Depresyon

Depresyon, yaşlı yetişkinler arasındaki en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biridir. Depresyonun özellikleri, gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da benzerdir: derin üzüntü ve boşluk hissi, düşük benlik saygısı, suçluluk ve karamsarlık, iştah kaybı ve uyku bozuklukları. Depresyon, özellikle bir eş ya da yakın arkadaşın yakın zamandaki kaybı ya da ciddi bir fiziksel hastalığın gelişmesi gibi bir travmatik deneyimleri olan kişilerde yaygındır (APA, 2018; Espinoza ve Unützer, 2017).

*[Oscar] majör depresif bozukluk dönemi geçiren olan 83 yaşında evli bir adamdı... Tedaviye başlamadan yaklaşık bir buçuk yıl önce kardeşinin öldüğünü söyledi. Sonraki aylarda çocukluktan beri tanıdığı iki arkadaşı ölmüştü. Bu kayıplardan sonra giderek daha fazla endişelendi [ve] giderek daha da karamsar hâle geldi. Gönülsüzce itiraf etti: "Hayatımı sonlandırmayı bile düşündüm..."*

*[Oscar]... tedavi boyunca ağabeyi ile olan ilişkisini tartıştı. Kardeşinin uzun süren hastalığı nedeniyle giderek kötüleşmesini izlemenin kendisini ne kadar perişan ettiğini anlattı. Ağabeyinin ölüm döşeğinde olduğu sahneyi ve "son nefesini verdiği" anı anlattı. Kardeşinin cenaze törenini, onun isteyeceği şekilde yapamadığı için suçluluk duydu. Başlangıçta erkek kardeşiyle olan ilişkisini sevgi dolu ve cana yakın olarak nitelendirirken daha sonra erkek kardeşinin bazı davranışlarını onaylamadığını kabul etti. Daha sonra terapide ölen iki arkadaşıyla olan geçmiş ilişkilerinin farklı yönlerini de gözden geçirdi. Yılların geçip gitmesinden duyduğu üzüntüyü dile getirdi... [Oscar'ın] hayatı, ağabeyinin evine yaptığı ziyaretler ve arkadaşlarıyla yaptığı geziler etrafında şekillenmişti... [O sırada] karısı, diğer arkadaşlarını ve aile üyelerini ziyaret etmesi için onu teşvik etmeye çalışırken, giderek daha fazla depresif hâle geldikçe bunu yapmak git gide zorlaştı.*

*(Hinrichsen, 1999, s. 433)*

Genel olarak insanların yüzde 20'si yaşlılığın bir döneminde depresyona giriyor (APA, 2018). Bu oran en fazla yaşlı kadınlarda görülmektedir. Yaşlılar arasındaki cinsiyetlere göre var olan bu oran, genç yetişkinlerinkine benzer hatta bazı araştırmalara göre daha düşüktür. Ancak huzurevlerinde yaşayan yaşlılar arasında depresyon oranı, toplumdaki yaşlılarla karşılaştırıldığında çok daha (yüzde 32 veya daha fazla) yüksektir (Espinoza ve Unützer, 2017; Seitz ve diğ., 2010).

Olumlu düşünmenin sağlıklı olmaya yol açması mı yoksa sağlıklı olmanın olumlu düşünmeye neden olması mı daha olasıdır?

Çeşitli araştırmalar yaşlılıkta depresyonun önemli tıbbi sorunlar geliştirme olasılığını artırdığını ileri sürmektedir (Heflin, 2018; Taylor, 2014). Örneğin yüksek tansiyonu olan yaşlı depresif kişilerin felç geçirme olasılığı, aynı durumdaki depresyonu olmayan yaşlı kişilere göre neredeyse üç kat daha fazladır. Benzer şekilde, depresyonda olan yaşlı insanlar kalp krizi, kalça kırıkları, zatürre ve diğer enfeksiyon ve hastalıklardan daha zor ve daha yavaş iyileşirler. Yaşlılar arasında klinik depresyondaki artışın ölüm oranındaki artışa bağlı olmasına şaşmamak gerek.

#EşinKaybı

ABD'deki dul kadın sayısı 9,0 milyon

ABD'deki dul erkek sayısı 2,1 milyon

(Bilgi kaynağı: ABD Sayım Bürosu, 2018, 2017)


© Matthew A. Turner 2013


© Mitch Wojnarowicz/The Image Works

**Akıl sağlığı için yarış** Gerontoloji uzmanları, yaşlı insanların zevkli ve kişisel olarak anlamlı faaliyetler sürdürmeleri gerektiğini öne sürüyorlar. Soldaki fotoğrafta görülen ileri yaştaki kadınlar, Ulusal Kıdemliler Oyunları'nda düzenlenen bir yarışta koşmaktadır. Buna karşılık aynı zamanda yarışla da ilgilenen sağdaki yaşlı beyefendi, Saratoga Springs at yarışı pistinde başına koyduğu günlük yarış programıyla bir yarışmayı izliyor. Bu iki faaliyetten hangisinin yaşlılıkta psikolojik işlevlere katkıda bulunma olasılığı daha yüksektir?

Bölüm 7'de gördüğünüz gibi yaşlıların intihar nedeniyle ölme olasılığı gençlerden daha fazladır ve intiharları genellikle depresyonla ilişkilidir (APA, 2018). Birleşik Devletler'deki genel intihar oranı 100.000 kişide 12,6 iken 65 yaş üstü kişilerde 100.000'de 16'dan, 75'in üzerindekilerde ise 100.000'de 24'ten fazladır (CDC, 2017, 2016; WHO, 2017).

Daha genç yetişkinlerde olduğu gibi depresyondaki yaşlı insanlara da bilişsel-davranışçı terapi, kişiler arası psikoterapi, antidepresan ilaçlar veya bu yaklaşımlardan birkaçının birlikte kullanılması yardımcı olabilir (Espinoza ve Unützer, 2017). Farklı yaklaşımlar hem bireysel hem de grup terapi formatında kullanılmaktadır. Depresyonu olan yaşlı insanların yarısından fazlası bu tür tedavilerle iyileşir. Bununla birlikte yaşlıların antidepresan ilaçları etkili ve güvenli bir şekilde kullanmaları bazen zor olabilir çünkü ilaçların vücutta parçalanma süreçleri yaş ilerledikçe farklılaşmaktadır (Rochon, 2018). Ayrıca antidepresanların bazı bilişsel bozulmalara neden olma ihtimali yaşlı insanlar arasında daha yüksektir. Şiddetli bir depresyon geçiren ve diğer yaklaşımlardan fayda görmemiş yaşlılarda belirli düzenlemeler yapılarak elektrokonvülsif tedavi kullanılmaktadır (Kellner, 2018).

Bazı yaşlı insanlar tek kutuplu bir depresif bozukluktan ziyade bipolar bozukluğun bir parçası olarak depresyon yaşarlar (Sajatovic ve Chen, 2017). 65 yaşın üzerindeki insanların yaklaşık yüzde 1'inde bipolar bozukluk görülür. Genellikle bipolar bozukluk bu kişilerin yaşlılıklarından çok daha önce başlar. Çoğu durumda bipolar bozukluğu olan genç insanlara uygulanan tedavi türleri burada da uygulanır: duygu durum dengeleyici ilaçlar ve onlara ilaveten psikoterapi.

## İleri Yaşlarda Kaygı Bozuklukları

Kaygı yaşlılar arasında da yaygındır (APA, 2018, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı insanların yüzde 11'i kaygı bozukluklarından en az birini yaşamaktadır (ADAA, 2017; Zhang ve diğ., 2015). Anketler, yaygın kaygı bozukluğunun özellikle ön planda olduğunu göstermektedir (Baldwin, 2018). Kaygının yaygınlığı da yaşlılık boyunca artar. Örneğin 85 yaşın üzerindeki kişiler, 65 ile 84 yaş arasındakilere göre daha yüksek kaygı düzeyleri bildirmektedir. Aslında yaşlıların kaygıyı yeterince bildirmedikleri gerçeği göz önünde bulundurulursa bu sayıların tümü gerçek oranların altında kalıyor olabilir (APA, 2018). Hem yaşlı hasta hem de klinisyen, kalp çarpıntısı ve terleme gibi kaygının fiziksel semptomlarını tıbbi bir durumun belirtileri olarak yorumlayabilir.



Mike Twohy/The New Yorker Collection/
www.cartoonbank.com

*"Aniden, diğer herkes benden daha genç görünmeye başladı bana."*

Bazı kişilerin kaygı düzeylerini artırabilecek, yaşlanmayla bağlantılı olan pek çok şey vardır (APA, 2018; Bower ve diğ., 2015). Örneğin sağlığın zayıflamasına sıkça vurgu yapılmaktadır. Aslında önemli tıbbi hastalıkları veya sakatlıkları olan yaşlı kişiler, sağlıklı olan veya herhangi bir sakatlığı bulunmayan kişilere göre daha fazla kaygı bildirmektedir. Bununla birlikte yaşlılıkta bu tür sorunlarla karşılaşan kişilerin bazıları kaygı yaşarken benzer koşullarda olan diğer kişilerin neden nispeten daha sakin kalabildiklerine araştırmacılar henüz bir cevap verememektedir (bk. ***Bilgi Merkezi***).

Kaygı bozukluğuna sahip olan ileri yaştaki yetişkinler, başta bilişsel-davranışçı terapi olmak üzere farklı terapi yaklaşımlarıyla tedavi edilmektedir (APA, 2017; Hui ve Zhihui, 2017). Birçoğu, aynı genç hastalar gibi benzodiazepinler veya diğer antianksiyete ilaçlarını da kullanır. Bir kısmının tedavisinde ise serotonin arttırıcı antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak yine de bu tür tüm ilaçların yaşlı kişilerde kullanımına dikkat edilmelidir (Rochon, 2018).

## İleri Yaşlarda Madde Kötüye Kullanımı

Alkol kullanım bozukluğu ve diğer madde kullanım bozuklukları ileri yaşlardaki birçok insan için önemli problemler olsa da bu tür durumların yaygınlığı aslında 65 yaşından sonra azalma göstermektedir. Bunun nedeni olarak sağlığın elvermemesi veya gelir düzeyinin azalması gösterilebilir (APA, 2018, 2017; Li ve Caltabiano , 2017). Yaşlanma bazen yoğun stresli bir dönem olabilmesine ve toplumumuzda insanların stresli zamanlarda sıklıkla alkol ve uyuşturucuya başvurmasına rağmen yaşlı yetişkinlerin çoğu alkol veya diğer maddeleri kötüye kullanmaz. İleri yaştaki yetişkinler arasında madde kötüye kullanım oranı hakkında doğru veri toplamak zordur çünkü birçok yaşlı böyle bir sorunu olduğundan şüphelenmez veya bunu kabul etmez.

Anketler yaşlıların, özellikle de ileri yaştaki erkeklerin yüzde 3 ile 7'sinin alkol kullanım bozukluğuna sahip olduğunu gösteriyor (APA, 2018; Li ve Caltabiano, 2017). 30 yaşın altındaki erkeklerin 60 yaşın üzerindeki erkeklere kıyasla tekrarlayan düşme, baş dönmesi veya kendine geçme deneyimleri, gizli gizli içki alma veya sosyal geri çekilme gibi aşırı alkol kullanımıyla ilişkili davranışsal bir sorun sergileme olasılığı, dört kat daha fazladır. Bununla birlikte kurum bakımında kalan daha yaşlı hastalarda problemli içme çok daha yüksektir. Örneğin genel hastanelere ve akıl hastanelerine başvuran yaşlılar arasındaki alkol sorunlarının görülme olasılığı en az yüzde 15 iken huzurevlerindeki hastalar arasında alkolle ilgili sorunların görülme olasılığı yüzde 50'ye kadar çıkmaktadır (Li ve Caltabiano, 2017; McConnaughey, 2014).

Araştırmacılar genellikle uzun yıllar boyunca belki de 20'li yaşlarından beri alkol kullanım bozukluğu olan kişiler ile 50'li veya 60'lı yaşlarına kadar alkol kötüye kullanımı olmayıp sonradan bunun bir sorun hâline dönüştüğü kişileri (Bazen "geç başlangıçlı alkolizm" olarak adlandırılır.) birbirinden ayırırlar. İkinci grup, genellikle bir eşin ölümü, yalnız yaşama veya istenmeyen emeklilik durumları gibi yaşlanmanın getirdiği olumsuz olaylara ve baskılara bir tepki olarak problemli alkol kullanımına yönelirler. Yaşlılarda alkol kullanım bozukluğunun tedavisi, genç erişkinlerde olduğu gibidir (bk. Bölüm 10). Bunlar arasında detoksifikasyon, Antabuse kullanımı, Adsız Alkoliklere katılım ve bilişsel-davranışçı terapi gibi müdahaleler yer almaktadır (APA, 2017).

Yaşlılarda önde gelen maddeyle ilgili sorun, reçeteli ilaçların yanlış kullanımıdır (APA, 2018; Rochon, 2018). Bu yanlış kullanım çoğu zaman kasıtlı değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaşın üzerindeki kişiler, satılan tüm reçeteli ilaçların üçte birinden fazlasını satın almaktadır (NIDA, 2016). Yaşlılar ortalama olarak üç ila beş reçeteli ilaç ve iki reçetesiz ilaç kullanmaktadır (Heflin, 2018; NCHS, 2014). Bu nedenle ilaçları karıştırma veya doz atlama riskleri yüksektir. Bu sorunu çözmeye yardımcı olmak için doktorlar ve eczacılar genellikle ilaçları basitleştirmeye, yaşlı

### #İleriYaşİlaçları

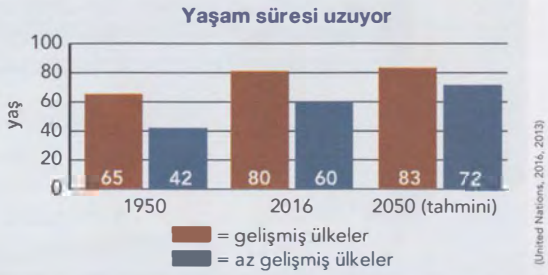
| | |
|---|---|
| %66 | Tansiyon ilacı kullanan yaşlıların yüzdesi |
| %47 | Kolesterol ilacı kullanan yaşlıların yüzdesi |
| %19 | Diyabet ilaçları kullanan yaşlıların yüzdesi |
| %17 | Antidepresan ilaç kullanan yaşlıların yüzdesi |
| %9 | Anksiyete giderici ilaçları alan yaşlıların yüzdesi |

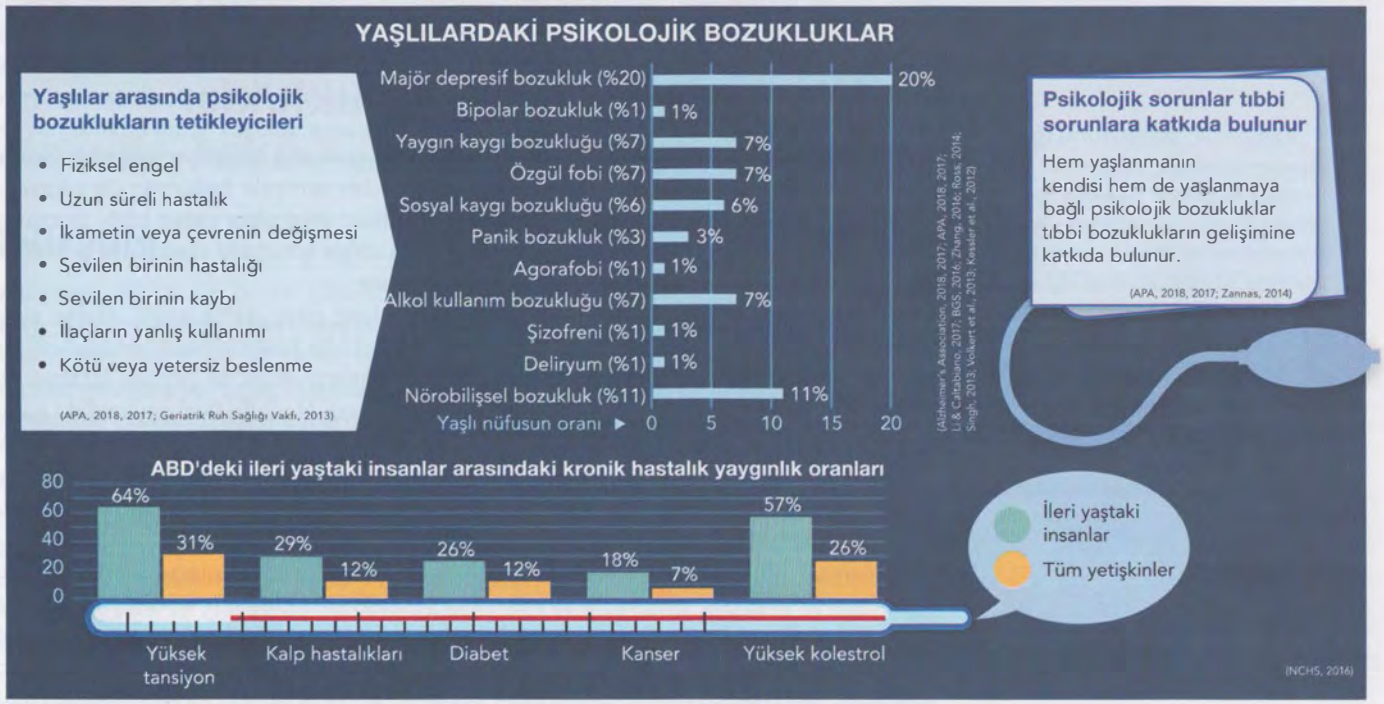
(Bilgi: Kantor ve diğ., 2015)

# YAŞLANAN NÜFUS

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ve dünyadaki yaşlı insanların sayısı ve oranı sürekli artmaktadır. Bu hızlı artışın önemli sonuçları vardır ve her toplumun sağlık, barınma, ekonomi ve benzeri alanlarda yaşlanmayla ilgili konulara özellikle dikkat etmesini gerektirir. Özellikle yaşlıların sayısı ve oranı arttıkça, yaşlanmaya bağlı psikolojik zorluklar yaşayan nüfusun sayısı ve oranı da artmaktadır.



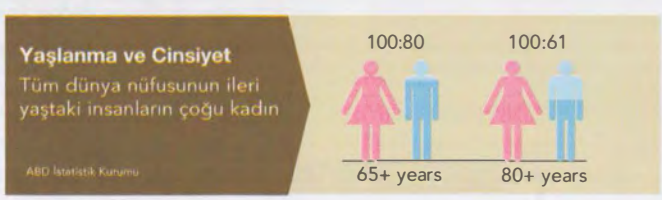




## Yaşlı nüfusu artıyor

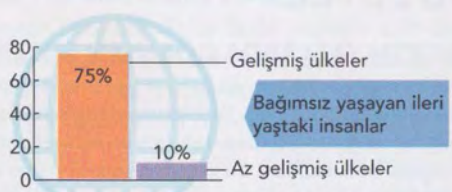



80 yaşını görürseniz yaşam sürenize ortalama 9 yaş daha ekleyebilirsiniz
(ABD İstatistik Kurumu 2016)



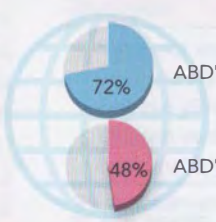

## Yüz yaşını devirenler

Şu an tüm dünyada yaklaşık **434.000** kişi yüz yaşını geçmiş durumda




(Al-Shaqi et al., 2016; NAELA, 2016, 2014; United Nations, 2016: 2013)

## Yaşlanma ve Evlilik




ABD'de ileri yaştaki evli erkekler

ABD'de ileri yaştaki evli kadınlar

(Mather, 2016; Mather et al., 2015)

BMW 2017)

hastaları reçeteleri hakkında eğitmeye, talimatları netleştirmeye ve hastalara olası yan etkileri izleme konusunda eğitim vermeye çalışırlar. Bununla birlikte reçeteli ilaçların kötüye kullanıldığı bazı vakalarda yaşlı hastalar için ilaçları fazladan yazdıkları veya risk oluşturabilecek bazı ilaçları hiç düşünmeden bir arada reçete ettikleri gerekçesiyle hekimler suçlanabilmektedir (Rochon, 2018).

**Tıbbi uygulamada, hasta eğitiminde veya aile etkileşimlerinde yapılacak hangi değişiklikler, reçeteli ilaçların yaşlılar tarafından kötüye kullanılmasına ilişkin sorunu çözebilir?**

Görünüşe göre maddeyle ilişkili artış gösteren bir başka sorun da ağır ilaçların huzur evlerindeki kötüye kullanımıdır. Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde huzur evlerinde kalan kişilerin neredeyse yüzde 30'una, bu kişilerin çoğunda psikotik belirtiler ön planda olmasa dahi antipsikotik ilaçların verildiğini göstermektedir (HRW, 2018; Rochon, 2018). Görünüşe göre bu ağır ve (bazı yaşlı hastalar için) tehlikeli ilaçlar genellikle hastaları sakinleştirmek ve daha kolay idare edebilmek için kullanılmaktadır. Gerçekten de araştırmalar, huzurevine yeni gelen kişiler arasından daha önce hiç antipsikotik ilaç kullanmamış olanların yüzde 17'sine, geldikleri ilk 100 gün içinde bu tür ilaçların başlandığını göstermektedir (Rochon, 2018; Bronskill ve diğ., 2004).

## İleri Yaşlarda Psikotik Bozukluklar

Yaşlı insanlar, gençlere göre daha yüksek oranda psikotik belirtiye sahiptir (Soares ve diğ., 2017). Yaşlılarda bu belirtilere genellikle bir sonraki bölümde de okuyacağınız nörobilişsel bozukluklar ve bilişsel bozukluklar gibi altta yatan tıbbi durumlar neden olur. Ancak bazı yaşlılar da şizofreni veya diğer şizofreni spektrum bozukluklarından biri olan *sanrısal bozukluk*tan muzdariptir.

Aslında şizofrenin yaygınlığı yaşlılarda gençlere göre daha azdır. Hatta şizofreni hastalarının çoğu yaşamlarının ileriki evrelerinde belirtilerinin azaldığını fark ederler (Dickerson ve diğ., 2014). *Akıl Oyunları* ismiyle filmi de çekilen kitabın ana karakteri, aynı zamanda Nobel Ödülü sahibi olan John Nash'in ileri yaşlardaki kayda değer gelişiminin bize hatırlattığı gibi özellikle sosyal beceriler ve çalışma kapasitesi gibi alanlarda 30 yıl veya daha uzun süredir şizofreni hastası olan kişilerde iyileşme meydana gelebilir. Bunun yanı sıra yaş ilerlediğinde yeni şizofreni vakalarının ortaya çıkması nadir görülen bir durumdur (Feki ve diğ., 2017).

Yaşlılarda görülen başka bir psikotik bozukluk türü ise insanların tuhaf olmayan ancak yanlış inançlar geliştirdikleri *sanrısal bozukluk*tur (Jagsch ve diğ., 2018; APA, 2013). 12. Bölüm'de okuduğunuz bu bozukluğun yaygınlığı farklı yaş gruplarında düşük olsa da (her 1000 kişiden yaklaşık 2'sinde) yaşlı nüfusta görülme sıklığı artmaktadır. Sanrısal bozukluğu olan yaşlı insanlar, kötülük göreceklerine ilişkin yoğun şüphelere sahip olabilirler; çoğunlukla aile üyeleri, doktorları veya arkadaşları başta olmak üzere diğer insanların kendilerine komplo kurduğuna, kendilerini aldattığına, casusluk yaptığına veya kendilerine kötü davrandığına inanırlar. Bu tür düşüncelerden dolayı gergin, öfkeli, depresif hâle gelebilirler veya yasal yollara başvurabilirler. Bu bozukluğun yaşlılar arasında neden arttığı net olmamakla birlikte bazı klinisyenler bu artışın işitme yetersizlikleri, sosyal izolasyon, stresin artması veya birçok yaşlının mücadele ettiği yoksulluk ile ilgili olduğunu öne sürmektedir.

### ...ÖZETLE

**İLERLEYEN YAŞLARDA GÖRÜLEN BOZUKLUKLAR** Yaşlı insanların sorunları genellikle, yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşanan kayıplar, diğer stres faktörleri ve yaşanan değişikliklerle bağlantılıdır. Yaşlıların yaklaşık yüzde 50'si ruh sağlığı hizmetlerinden yarar görebilecekken yüzde 20'den daha azı bu hizmetlere erişebilmektedir. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, bu yaş grubundaki kişiler arasında sık görülen ruh sağlığı sorunlarıdır. Herhangi bir yılda oranlar incelendiğinde yüzde 3 ila 7'sinde alkol kullanım bozukluğu görülürken ve pek çoğu da reçeteli ilaçları kötüye kullanmaktadır. Ayrıca bazı yaşlılarda şizofreni veya sanrısal bozukluk gibi psikotik bozukluklar da görülmektedir.

**deliryum** Konsantre olmayı, açık ve organize bir şekilde düşünmeyi çok zorlaştıran, hızla gelişen, akut bir dikkat ve yönelim bozukluğu.

# Bilişsel Bozukluklar

Çoğumuz zaman zaman hafızamızı ve diğer zihinsel yeteneklerimizi kaybettiğimizden endişe ederiz. Anahtarı evde unutuyorsunuz, tanıdık biriyle karşılaşıyorsunuz ve adını hatırlayamıyorsunuz ya da izlediğiniz bir filmi unutuyorsunuz. Aslında bu tür aksilikler, stresin veya yaşlanmanın yaygın ve oldukça normal özellikleridir. İnsanlar orta yaşa doğru ilerledikçe bu hafıza zorlukları ve dikkat kayıpları giderek artar. 60 ya da 70 yaşına gelindiğinde düzenli olarak gözlenir. (Bir sonraki sayfada ***Akıl ve Teknoloji*** *kısmına* bakınız.) Ancak bazen, insanlarda çok daha kapsamlı ve zorlu hafıza ve bilişsel değişimler de görülebilir.



Sean Gallup/Getty Images

**Sevgi unutulmaz** Klinisyenler, yaşlı bakım evlerinde kalan insanların kediler, köpekler, muhabbet kuşları ve diğer evcil hayvanlarla etkileşime girdiklerinde canlılık kazandıklarını ve onlar için bu etkileşimin bir uyaran işlevi gördüğünü bulmuşlardır. 95 yaşındaki Edith Ehninger, Sigmund Freud'un "Kedilerle harcanan zaman asla boşa harcanmaz." açıklamasıyla açıkça hemfikir olarak düzenli ziyaretçisi Mogli ile konuşuyor. Ehninger'in nörobilişsel bir bozukluğu var.

5. Bölüm'de hafıza ve ilgili bilişsel süreçlerdeki problemlerin biyolojik nedenler olmaksızın *disosiyatif bozukluklar* şeklinde ortaya çıkabileceğini gördünüz. Bununla birlikte çoğu durumda aslında bilişsel sorunların organik kökenleri vardır, özellikle de yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıktıklarında. Yaşlılar arasında bu tür bozuklukların önde gelenleri *deliryum, majör nörobilişsel bozukluk* ve *hafif nörobilişsel bozukluk*tur.

## Deliryum

**Deliryum**, dikkat ve çevre yönelimindeki önemli bozulmayı tanımlar (bk. **Tablo 15-1**). Kişinin odağı belirsizleştikçe konsantre olmakta ve organize bir şekilde düşünmekte büyük zorluk çeker; bu da yanlış yorumlara, yanılsamalara ve bazen de halüsinasyonlara yol açar. Hastalar, gecenin bir yarısı sabah olduğuna veya aslında bir hastane odasındayken evde olduklarına inanabilirler.

Bu büyük kafa karışıklığı durumu genellikle kısa bir süre içinde, genellikle saatler veya günler içinde gelişir. Deliryum, çocuklar da dâhil olmak üzere herhangi bir yaş grubunda ortaya çıkabilir ancak en yaygın yaşlılarda görülür (Grover ve Avasthi, 2018). Yaşlı olmayan nüfusun yüzde 0,5'inden azında deliryum görülürken 55 yaş üstü kişilerin yüzde 1'inde ve 85 yaş üstü kişilerin yüzde 14'ünde deliryum görülür (Hshieh, Inouye ve Oh, 2018; Tune ve DeWitt, 2011). Yaşlıların yüzde 10'u, genel bir tıbbi durum için tedavi edilmek üzere bir hastaneye girdiklerinde, ki bu çevrelerinde ve rutinlerinde büyük bir değişiklik olması demektir, deliryum semptomlarını gösterirler (Blazer, 2018; Grover & Avasthi, 2018). Hastanede kaldıkları süre boyunca ise en az yüzde 10 ila 20'sinde deliryum gelişir (Blazer, 2018; Francis ve Young, 2014). Ameliyat için başvuran yaşlı hastaların yaklaşık yüzde 17'sinde deliryum gelişir (Wang ve diğ., 2017; de Castro ve diğ., 2014). Akut cerrahi için aniden başvuranlarda ise bu oran yüzde 23'e çıkmaktadır. Huzurevinde kalan yaşlıların yüzde 18 ile 50'sinde deliryum emareleri görülebilir (Blazer, 2018; Forsberg, 2017).

Yüksek ateş, bazı hastalıklar ve enfeksiyonlar, kötü beslenme, kafa hasarları, felçler ve stres (ameliyat travması dâhil) deliryuma neden olabilir (Magny ve diğ., 2018; Paulo ve diğ., 2017). Benzer şekilde reçeteli ilaçlar da dâhil olmak bazı maddelerin sebep olduğu zehirlenme belirtileri de bu duruma yol açabilir. Yaşlı insanların yukarıda belirtilen sorunlarla karşılaşma ihtimali daha fazla olduğu için deliryum yaşama olasılıkları da gençlerden daha fazladır. Bir klinisyen deliryumun sebebini doğru bir şekilde tanımlayabilirse, örneğin altta yatan enfeksiyonu tedavi ederek veya hastanın ilaç reçetesini değiştirerek, deliryumun düzeltmesi genellikle nispeten kolay olabilir (Hshieh ve diğ., 2018). Bununla birlikte çoğu zaman bu sendrom gözden kaçırılır (Baten ve diğ., 2018). Örneğin hastanedeki bir serviste yatan hastalarla yapılan öncü niteliğindeki bir çalışma, kabul birimindeki doktorların ardışık olarak gelen 15 deliryum vakasından sadece 1'ini tespit ettiğini bulmuştur (Cameron ve diğ., 1987). Bu tür yanlış tanılar, deliryum gelişen yaşlı insanlarda ölüm oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Grover ve Avasthi, 2018).

TABLO: 15-1

### Tanı için Kontrol Listesi

| Deliryum |
|---|
| 1. Saatlerce veya birkaç gün boyunca kişi dikkatte ve çevreye yönelimde hızlı değişen ve dalgalanan bozulmalar yaşar. |
| 2. Aynı zamanda önemli ölçüde bilişsel bozulma görülür. |

APA, 2013'ten alınmıştır.

AKIL VE TEKNOLOJİ

## Tweet Atmayı Unutma, Unutmamak İçin Tweet At

Sosyal medya siteleri ve genel olarak İnternet, genellikle gençlerin kullandığı bir alan olarak düşünülür. Bununla birlikte yaşlılar da giderek artan bir oranda çevrim içi olmakta ve sosyal ağ sitelerine katılmaktadır. 65 yaş üstü insanların üçte ikisi artık internet kullanıyor ve bu kullanıcıların yüzde 62'si Facebook üyesi (Pew Research Center, 2017; Wayne, 2017).

Yaşlılar arasında sosyal ağlar yalnızca ilginç bir istatistik olmanın ötesinde olup aynı zamanda onlar için tedavi edicidir. Birkaç araştırma; çevrim içi etkinliğin aslında yaşlı insanların bilişsel işlevlerini, baş etme becerilerini, sosyal açıdan zevk almalarını ve duygularını desteklediğini ve muhtemelen geliştirdiğini ortaya koymuştur (GCBH, 2017; Wayne, 2017). Örneğin bir çalışmada, araştırmacılar yaşları 68 ile 91 arasında değişen 42 yetişkini aldılar ve bu kişilerden 14'ünü Facebook konusunda eğittiler. Çalışma, zihinsel "güncelleme" becerilerindeki gelişmeler de dahil olmak üzere 14 katılımcının bilişsel performanslarında (çalışan/işleyen belleğe bilgi ekleme ya da oradan bilgi silme) yüzde 25'lik bir iyileşme olduğunu buldu (Piatt, 2013; Wohltmann, 2013).

**Yaşlılar arasında sosyal ağ oluşturma ile başa çıkma becerilerinin artması, sosyal işlevsellikteki artış ve duygular arasındaki bağlantıyı açıklamaya yardımcı olabilecek diğer faktörler neler olabilir?**

Klinik alandaki kuramcılar, sosyal medyanın yaşlı insanlar üzerindeki olumlu etkileri için çeşitli açıklamalar ileri sürmüştür. Örneğin internet kullanımından kaynaklanan bilişsel uyarım, hafızayı ve diğer bilişsel yetileri harekete geçirebilir veya internet tarafından sağlanan dünya ve aile ile etkileşimin doğrudan sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılaması buna neden oluyor olabilir. Sebep ne olursa olsun giderek daha fazla araştırma, çevrim içi platformlarda olan yaşlıların çevrim içi faaliyetlerde bulunmayanlara göre daha iyi işlev gösterdiklerini ve kendilerini daha iyi hissettiklerini ortaya koymaktadır.

Yaşlı insanlar genellikle çevrim içi olmayı korkutucu bulduklarından, birçoğu "Bana göre değil!", "Beni aşar!" veya "Yaşlı birine yeni bir şey öğretilmez!" gibi şeyler söyleyerek interneti ve sosyal ağları kullanmaya direniyor (Tsai ve diğ., 2017). Bununla birlikte, giderek artan sayıda araştırma, işlevselliğin artması ve ruh sağlığının desteklenmesi için sosyal ağları ve interneti benimsemenin iyi olabileceğini öne sürüyor.



Dieter Nagl/AFP/Getty Images

**Yeni bir dünya** Genç bir gönüllü bu ileri yaştaki kişiye bilgisayar ve akıllı telefon gibi modern iletişim araçlarını nasıl kullanacağını öğretiyor.

## Alzheimer Hastalığı ve Diğer Nörobilişsel Bozukluklar

**Nörobilişsel Bozukluklardan** mustarip insanlar bellek, dikkat, görsel algı, planlama ve karar verme, dil becerileri veya sosyal farkındalık gibi bilişsel alanların en az birinde (sıklıkla birden fazla alanda) belirgin olarak gerileme/yavaşlama şeklinde işleyiş sorunları yaşıyorlar (APA, 2013). Belirli nörobilişsel bozukluğu olanlarsa kişilik değişimleri de yaşıyorlar- örneğin uygun olmayan şekillerde davranıyorlar-ve sıkıntıları gittikçe artıyor.

Eğer kişinin bilişsel alanlarda zayıflığı çok belirginse ve bağımsız yaşama becerisinde soruna yol açıyorsa **majör nörobilişsel bozukluk** tanısı gündeme gelir. Eğer yavaşlık orta düzeydeyse ve bağımsız yaşama becerisinde soruna yol açmıyorsa **majör olmayan** veya **hafif nörobilişsel bozukluk** tanısı daha uygun olacaktır **(bk. Tablo 15-2)**.

Günümüzde tüm dünyada nörobilişsel bozukluğu olan yaklaşık 47 milyon insan yaşıyor ve her yıl 4.6 milyon yeni vaka ortaya çıkıyor (Keene, Montine ve Kuller, 2018). Eğer bir tedavi bulunmazsa 2050'ye kadar toplam vaka sayısının 135 milyona

TABLO: 15-2

## Tanı İçin Kontrol Listesi

| Tanı İçin Kontrol Listesi |
|---|
| 1. Kişi şu bilişsel alanların en az birinde belirgin bir sıkıntı ve gerileme yaşar: bellek ve öğrenme, dikkat, algı-motor becerileri, planlama ve karar verme, dil becerileri, sosyal farkındalık |
| 2. Bilişsel zayıflıklar bireyin bağımsız olarak gündelik yaşamını sürdürmesini zorlaştırır veya engeller |
| **Hafif Nörobilişsel Bozukluk** |
| 1. Kişi şu bilişsel alanların en az birinde belirgin bir sıkıntı ve gerileme yaşar: bellek ve öğrenme, dikkat, algı-motor becerileri, planlama ve karar verme, dil becerileri, sosyal farkındalık |
| 2. Bilişsel zayıflıklar bireyin bağımsız olarak gündelik yaşamını sürdürmesini zorlaştırmaz veya engellemez |
| **Alzhemier Hastalığından Ötürü Nörobilişsel Bozukluk** |
| 1. Kişi, majör veya hafif nörobilişsel bozukluk özellikleri gösterir. |
| 2. Bellek sorunları belirgindir ve kalıtsal göstergeler sıklıkla tanıyı destekler. |
| 3. Belirtiler başka tıbbi rahatsızlardan kaynaklanmamaktadır. |

Bilgilerin alındığı kaynak: APA, 2013.

ulaştığı öngörülüyor. Nörobilişsel bozuklukların ortaya çıkışı yaş ile yakından ilişkilidir. (Sonraki sayfadaki Figür 15.1'e bakınız.) 65 yaşındaki insanlar arasında yaygınlık %1-2 civarındayken 85 yaşın üzerinde %50 oranında artar (Heflin, 2018).

Daha evvel okuduğunuz gibi, **Alzhemier Hastalığı** tüm vakaların yaklaşık üçte ikisine karşılık gelecek şekilde en sık görülen nörobilişsel bozukluktur. ABD'de 5,4 milyon insan bu hastalıktan mustariptir ve bu sayının 2050 yılında üçe katlanacağı öngörülmektedir (Alzheimer Derneği, 2018, 2017; Wolk ve Dickerson, 2017). Alzhemier hastalığı bazen orta yaşlarda da görülebilir ancak vakaların büyük çoğunluğu 65 yaş sonrası gözlenir ve yaygınlığı özellikle 70'li yaşlarda belirgin ölçüde artar. 65 yaş üzeri tüm insanların yaklaşık %11'i Alzhemier hastalığı yaşıyordur.

Afrikalı ve Hispanik Amerikalılar, Hispanik olmayan beyaz Amerikalılardan iki kat daha fazla tanı alma olasılığı taşımaktadır (Alzheimer Derneği, 2018, 2017). Bu önemli farkın neden kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir (Keene ve diğ., 2018).

Alzhemier hastalığı bellek sorunlarının en belirgin bilişsel sorun alanı olduğu ve git gitde kötüleşen bir hastalıktır. Teknik olarak hastalığı olanlar erken dönemde ve hafif düzeyde belirti yaşıyorlarsa DSM-5'e göre önce *Alzhemier hastalığına bağlı hafif nörobilişsel bozukluk* tanısı alırken daha ciddi sorunları olanlar ise *Alzhemier hastalığına bağlı majör nörobilişsel bozukluk* tanısı alır. (Tablo 15.2'ye yeniden bakınız.)

Alzhemier hastalığı, bu durumu ilk defa 1907'de resmî olarak tanımlayan Alman hekim Alois Alzheimer'den sonra bu adı almıştır. Alzheimer de bu hastalıktan 1907'de kendisine başvuran Auguste D. adlı hasta ile ilk defa bu durumdan haberdar olmuştur.

*25 Kasım 1901'de... ailesinde herhangi bir akıl hastalığı olmayan bir kadın, son aylarda çok sıklaşan tuhaflıkları ve hatırlayamama sorunlarına artık tahammül edemeyen kocası tarafından Frankfurt-Almanya'da bir psikiyatri kliniğine yatırıldı. İlk olarak açıklanamaz öfke patlamaları vardı ve sonrasında da sıra dışı bellek sorunları görülüyordu. Evinde sıklıkla eşyaların yerlerini hatırlayamıyor ve mutfakta çok şaşırtıcı hatalar yapıyordur. Stadtische Irrenanstalt'taki Frankfurt Akıl ve Epilepsi Hastaları Hastanesine gelinceye kadar durumu ilginç olduğu kadar ciddi boyutlara da ulaşmıştı. Onunla ilgilenen doktor olan uzman hekim Alois Alzheimer ona yeni bir dosya açarken şu notları almıştı:*

*Yatağa yüzünde çaresizlik dolu bir ifadeyle oturdu.*

*"Adınız nedir?"*

*(devamı sonraki sayfada)*

### #HastalığınBedeliÇok

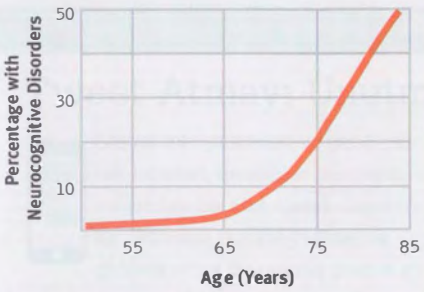
ABD'de Alzheimer hastalığı ve diğer nörobilişsel bozuklukların yıllık maliyeti 236 milyar dolardır (Alzheimer Derneği, 2018).

**nörobilişsel bozukluk** Bilişsel işlevlerde belirgin bir yavaşlık/azalma ile karakterize bir bozukluk.

**majör nörobilişsel bozukluk** Gündelik bağımsız yaşantıda sıkıntıya yol açan bilişsel alanlardaki işleyişteki belirgin sorunların görüldüğü bir tür nörobilişsel bozukluk.

**hafif nörobilişsel bozukluk** Gündelik bağımsız yaşantıda sıkıntıya yol açmasa da bilişsel alanlardaki işleyişteki orta düzey sorunların görüldüğü bir tür nörobilişsel bozukluk.

**Alzheimer hastalığı** Bellek sorunları ile karakterize, en yaygın görülen nörobilişsel bozukluk.




FIGÜR 15-1

## Nörobilişsel bozukluklar ve yaş

60 yaşındaki insanların %1'inden daha azı nörobilişsel bozukluk yaşarken 85 yaş üzeri olanların %50 civarı bu tür sorunlar yaşar (Heflin, 2018; Keene ve diğ., 2018'den alınmıştır.)

*Auguste.*
*"Soyadınız nedir?"*
*Auguste.*
*"Kocanızın adı nedir?"*
*Ausgute, sanırım.*
*"Ne kadar zamandır buradasınız?"*
*(Hatırlamaya çalışıyor gibi görünüyor.)*
*3 hafta.*

*Hastanedeki ikinci günüydü. Dr. Alzheimer 37 yaşında bir nöropatolojist ve tıp hekimiydi... Yeni hastasında dikkati çeker ölçüdeki şu belirtileri gözlemledi: ciddi yönelim sorunu, azalan muhakeme, afazi (bir dil bozukluğu), paranoya, halüsinasyon ve tam ismini söylemesine bile engel olan kısa süreli bellek kaybı, Bayan Auguste D____ ve ondan ismini yazması istendiğinde doktorun geri'sini tamamlamak zorunda kalmasından önce sadece "Bayan" kelimesini yazabilmişti.*

*Ona ismini yeniden söyledi. Bu sefer "Augu" harflerini yazdı ve yine durdu.*

*Dr. Alzheimer, hastanın ismini 3. sefer söylediğinde adını ve soyadının ilk harfi olan D'yi yazdıktan sonra durarak doktora "Ben çok kendimde değilim." diye tepki verdi.*

*Durumu iyiye gitmiyordu. Tüm hastanede güvenliğini sağlamak ve öz bakımına yardımcı olarak konforlu bir ortam sunmak dışında Bayan D. için yapılabilecek herhangi bir şey yoktu. Sonraki 4,5 yıl boyunca gittikçe artan biçimde yönelimi daha da bozuldu, sanrıları arttı ve tutarsızlaştı. Sıklıkla düşmanca davranışlar sergiledi.*

*"Hareketleri tam bir karmaşa taşıyor." Alzheimer sonrasında notlarına şu ifadeyi ekledi: "Zaman ve yer konusunda kafası çok karışık, tam bir yönelimi yok. Zaman zaman hiçbir şey anlamadığını, kafasının karıştığını, tamamen kaybolduğunu söylüyor... Sıklıkla saatler boyunca çok kötü bir biçimde çığlıklar atıyor."*

*Kasım 1904'te hastalığı başladıktan yaklaşık 3,5 yıl sonra Auguste D. artık yatalak, kendinde olmayan bir hâlde tamamen hareketsiz bir hastaya dönüştü... Ekim 1905'teki notlarından hastanın sürekli yatakta dizleri karnına çekili hâlde, cenin pozisyonunda yattığını, anlamlı bir konuşma olmaksızın sürekli bir şeyler mırıldandığını ve beslenme için yardıma muhtaç bir duruma geldiği anlaşılıyordu.*

*(Shenk, 2001, s. 12-14)*



Jim Davis/The Boston Globe via Getty Images

**Kayıp giden bir yaşam** Kısa süreli bellek sorunlarından ötürü ileri düzey Alzheimer hastaları basit çizimler veya boyama işleri yapamaz ve basit görevleri bile yerine getirmeyebilir. Ayrıca uzun süreli belleklerinde de sorun olduğu için yakın akrabalarını veya arkadaşlarını bile tanıyamayabilirler.

Bazı Alzheimer hastalarının 20 yıl kadar yaşadığı örnekler olsa da hastalığın ilk başlangıcı ve ölüm arasında tipik olarak 3 ile 8 yıl geçmektedir (Eolk & Dickerson, 2017). Genellikle hastalık hafif bellek, dikkat, dil ve iletişim sorunları ile başlamaktadır. Belirtiler kötüleştikçe insanlar karmaşık işleri tamamlamada veya önemli randevuları hatırlamada sorunlar yaşamaya başlar. Bir süre sonra da insanlar basit işleri yapmakta, uzak geçmişteki anıları hatırlamada sorunlar yaşamaya başlarken sıklıkla dikkati çeker ölçüde kişilik değişimleri sergiler. Örneğin hiç olmadığı hâlde çok nazik bir insan agresif birine dönüşebilir.

Alzhemier hastaları ilk başta bir sorunları olduğunu inkar eder ama sonraları kendi durumları ile ilgili kaygılı ve depresif hissetmeye başlar. Yaklaşık %17 civarındaki hastada majör depresif bozukluk görülür (APA; 2018; Chi ve diğ., 2014).

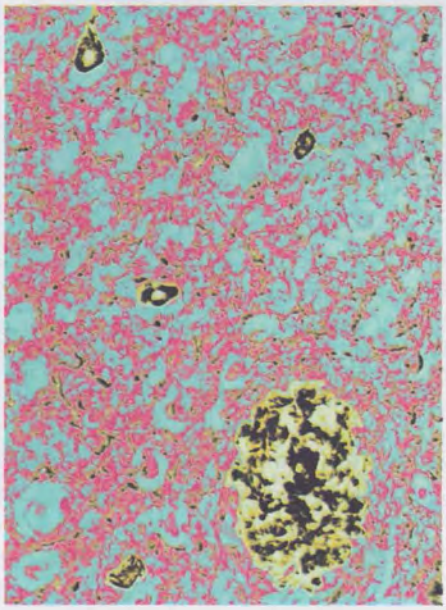
*Sıklıkla önce etrafta ne olduğundan emin olduğum bir nesne ararken bir süre sonra ne aradığımı unutuyorum... Bir kere unutursam geri gelmiyor, bu durum için de hiçbir şey yapamıyorum. Bu sefer, "Daha evvel onu aramama yol açacak kadar önemli ne olabilir?" acaba diyerek yeniden aranmaya devam etmekten başka elimden bir şey de gelmiyor.*

*(Shenk, 2001, s. 43)*

Nörobilişsel bozukluk belirtileri arttıkça Alzheimer hastaları sorunlarına yönelik daha az ilgi gösterir hâle gelir. Hastalığın ileri evrelerinde diğer insanlardan uzaklaşırlar, zaman ve yer konusunda kafaları daha da karışır, daha az dolaşır ve konuşurlar ve muhakemeleri de zayıflar (Wolk & Dickerson, 2017). Bir süre sonra da

diğer insanlara tam olarak bağımlı hâle gelirler. Geçmişle ilgili pek çok bilgiyi unutabilir ve yakın arkadaşlarının yüzlerini bile hatırlamayabilirler. Ayrıca geceleri çok huzursuz hissederek uyumaz ve gün içinde sıklıkla kestirirler (Neikrug & Ancoli-Israel, 2017). Hastalığın ilerleyen aşamasında sürekli bakıma ihtiyaç duyarlar.

Alzheimer hastalığı olan insanlar genellikle ilerleyen evrelere kadar genel sağlık durumlarında bozulma yaşamazlar. Ancak zihinsel işleyişte sorunlar artmaya başladıkça, daha pasifleşir ve zamanlarının çoğunu yatarak veya oturarak geçirirler. Bu da onları ölüme götürecek pnomoni gibi ciddi enfeksiyonlar yaşamaya yatkın hâle getirir (Mitchle,, 2018). ABD'de geçen on yıldan %40 oranında daha fazla olacak şekilde her yıl 94.000 ölümün ana sebebi Alzheimer hastalığıdır (CDC, 2017, 2015). Yine bu sorun, ülkedeki tüm ölüm nedenleri arasında 6. sıradayken ileri yaştaki bireyler 3. sıradadır.


Simon Fraser/Science Source

**Biyolojik suçlular** Alzhemier hastası bir kişiden alınan beyin dokusu sayıca çok fazla plak (fotoğrafın sağ atlındaki geniş sarı-siyah yuvarlak şekiller) ve nörofibriler yumakları (fotoğraftaki daha küçük birkaç sarı damlacık) gösteriyor.

Pek çok vakada Alzheimer hastalığı, beyindeki yoğun *senile plakları* ve *nörofibriler yumaklar* gibi beyin yapısındaki değişimler tespit edilerek ancak ölümden sonra teşhis edilebilmektedir. **Senile plakları** nöronlar ve hipokampus, serebral korteks ve diğer bazı beyin yapıları arasında ve bazı kan damarları yakınlarındaki boşluklarda bulunan bir madde olan *betaamiloid proteini* adındaki küçük moleküllere dolu yuvarlak şekilli yapılardır. Plakların oluşumu yaşlanmanın doğal bir sonucudur ancak Alzheimer hastalığında sayıları oldukça yüksektir (Keene ve diğ., 2018). **Nörofibriler yumaklar** hipokampus ve diğer bazı beyin yapılarındaki nöronlarda bulunan protein fiberleridir ve benzer şekilde tüm insanlarda zaten vardır ancak Alzhemier hastalığında olağan dışı sayılarda bulunur.

Bilim insanları özellikle Alzheimer hastalığında görülen aşırı miktardaki plak ve yumakların rolünü tam olarak anlayamamıştır fakat nihayetinde bu hastalıkta nöronların ölümüne yol açtıkları konusunda hemfikirlerdir. Plaklar (nöronlar arasındaki), nöronların iletişimini keserek; yumaklar ise (nöronların içindeki) nöronlardaki gerekli moleküllerin taşınmasını engelleyerek ölümüne yol açmaktadır (Alzheimer Derneği, 2018, 2017). Bugün için Alzheimer hastalığın oluşumu ve sürmesinde en net açıklamalar bu plaklar ve yumaklar üzerinedir.

## Alzheimer Hastalığının Genetik Sebepleri Nelerdir?

Alzheimer hastalığının genetik kuramların anlamak için önce proteinlerin doğası ve rolünü anlamak gerekir. Proteinler beyin hücreleri de dâhil olmak üzere elbette tüm canlı hücrelerin temel bileşenidir. Karbon, hidrojen, oksijen ve sülfür zincirlerinden oluşan geniş moleküllerdir. Her biri farklı işlev gösteren birçok sayıda protein vardır. Toplu olarak bir organizmanın uygun şekilde işlev göstermesi için gerekli materyallerdir.

Alzheimer hastalığından muzdarip hastaların beyninde sayıca çok olan plaklar ve yumaklardan özellikle iki proteinin bir araya gelmesi sorumludur denebilir. Beta-amiloid adlı proteindeki anormal aktivite, az önce okuduğunuz gibi plakların oluşumunda kilit bir rol oynarken *tau* adındaki başka bir proteindeki anormal aktivite de yumakların oluşumuna önemlidir. Kabul gören kuramlardan biri, beta-amiloid proteinlerin oluşturduğu plakların aynı zamanda nöron içindeki tau proteinlerinin parçalanmasına yol açtığını, bunun da yumakların oluşmasına ve de hücrelerin ölmesine neden olduğunu ileri sürer (Keene ve arkç, 2018; Hughes, 2011).

Peki, bu olaylar zincirinin sebebi nedir? Esas suçlu genetik faktörlerdir (Sweeney ve diğ., 2019). Ancak erken ve geç başlangıçlı Alzheimer hastalığından sorumlu genetik faktörlerin birbirinden farklılaştığı bilinmektedir.

**senil plakları** insanlar yaşlandıkça sayıları artan, bazı nöronlar arasındaki boşluklarda ve kan damarlarında bulunan, beta-amiloid proteinlerin oluşan yuvarlak şekilli yapılar.

**nörofibriler yumaklar** İnsanlar yaşlandıkça sayıları artan, bazı nöronların içinde bulunan protein fiberleri.



Lucas Oleniuk/Toronto Star via Getty Images

**Erken veda** Lydon Blackbird (soldaki), geçen yaz başlayan 54 yaşındaki karısı Evelyn Dais'in sorunları ile ilgilenmek için işten izin aldı. Davis, görece çok yaygın olmayan bir nörobilişsel bozukluk olan erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı tanısı aldı.

***ERKEN BAŞLANGIÇLI ALZHEİMER HASTALIĞI*** 65 yaşından daha önce başlayan Alzheimer hastalığı oranı %1 civarındadır. Bu nadir görülen rahatsızlık tipik olarak bazı ailelerde daha sık görülür. Araştırmacılar bunun iki proteinin üretiminden sorumlu genlerdeki anormalliklerden kaynaklandığını öğrenmişlerdir *-beta-amiloid proteini öncüsü (beta-APP) ve presenilin proteini.* Açık şekilde bazı ailelerde kalıtsal olarak gen mutasyonları veya anormal yapılarla ilişkili bu genlerin bir veya ikisinin geçişi söz konusudur -bu sorunlar da nihayetinde anormal beta-amilodi proteini oluşmasına ve sonrasında plak oluşumuna yol açmaktadır (Sherva & Kowall, 2018).

***GEÇ BAŞLANGIÇLI ALZHEIMER HASTALIĞI*** Alzheimer hastalığının büyük çoğunluğu 65 yaş sonrası ortaya çıkar ve kalıtsal yönü zayıftır (Wolk & Dickerson, 2017). Bu geç başlangıçlı hastalık kalıtsal, çevresel ve yaşam tarzıyla ilişkili faktörlerden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Fakat geç başlangıçlı hastalıktaki genetik faktörler, erken başlangıçlıdan farklıdır. Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığında klinik kuramcıların ve araştırmacıların ilgisini çeken gen, *apolipoprotein E*'dir *(ApoE).*

19. kromozomda bulunan ApoE geni, normalde kanda çeşitli yağları taşımaya yardımcı olan bir proteinin üretiminden sorumludur. Bu gen farklı formlarda olabilmektedir. Genel nüfusun %30 civarında bu gen *ApoE-4* adıyla kalıtsal olarak gelen bu insanlarda Alzheimer hastalığına bir yatkınlık söz konusudur (Keene ve diğ., 2018; Sherva & Kowall, 2018). Bu ApoE-4 geni de çok miktarda beta-amiloid proteini oluşmasına yol açarak plakların oluşmasına ve tau proteinin parçalanmasına, birçok yumağın meydana gelmesine, birçok nöronun ölmesine ve nihayetinde Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

ApoE-4 geni Alzheimer hastalığının gelişmesindeki ana belirleyici olsa da bu gene sahip herkes bu hastalığa kapılıyor diye bir kaide yoktur. Diğer faktörler -belki de çevresel, yaşam tarzı veya stresle ilişkili olanlar- ayrıca geç başlangıçlı bu hastalığın görülmesinde rol oynuyor olabilir (Alzheimer Derneği, 2018, 2017).

***ALZHEIMER HASTALIĞI İÇİN ALTERNATİF BİR GENETİK KURAM*** Okuduğunuz gibi Alzheimer hastalığına yönelik genetik bazı açıklamalar bazı genlerin -özellikle de ApoE-4'ün- anormal düzeyde beta-amiloid proteini ve plak oluşumuna yol açtığına işaret etmektedir. Bu oluşumlar da tau proteinlerinde sorunlara ve yumakların sayıca artışına katkıda bulunmaktadır. Ancak son yıllarda bazı araştırmacılar tau proteinlerindeki anormalliğin her zaman beta-amiloid proteini oluşumu ile ilişkili olmadığına inanmaya başlamıştır (DeVos ve diğ., 2018; Smolek ve diğ., 2018). Bu araştırmacılar Alzheimer hastalığında başka genlerin de direkt tau proteinleri ve yumak oluşumlarıyla bağlantılı olabileceğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla yumakların oluşumu ve Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasında çoklu genetik sebeplerden söz etmek mümkündür: (1) öncelikli olarak beta-amiloid protein yapılarının ve plakların artmasına yol açarak süreci başlatan diğer gen yapıları, (2) direkt tau proteinlerindeki anormallikleri ve yumak veya düğüm türü oluşumları çoğaltan gen yapıları.

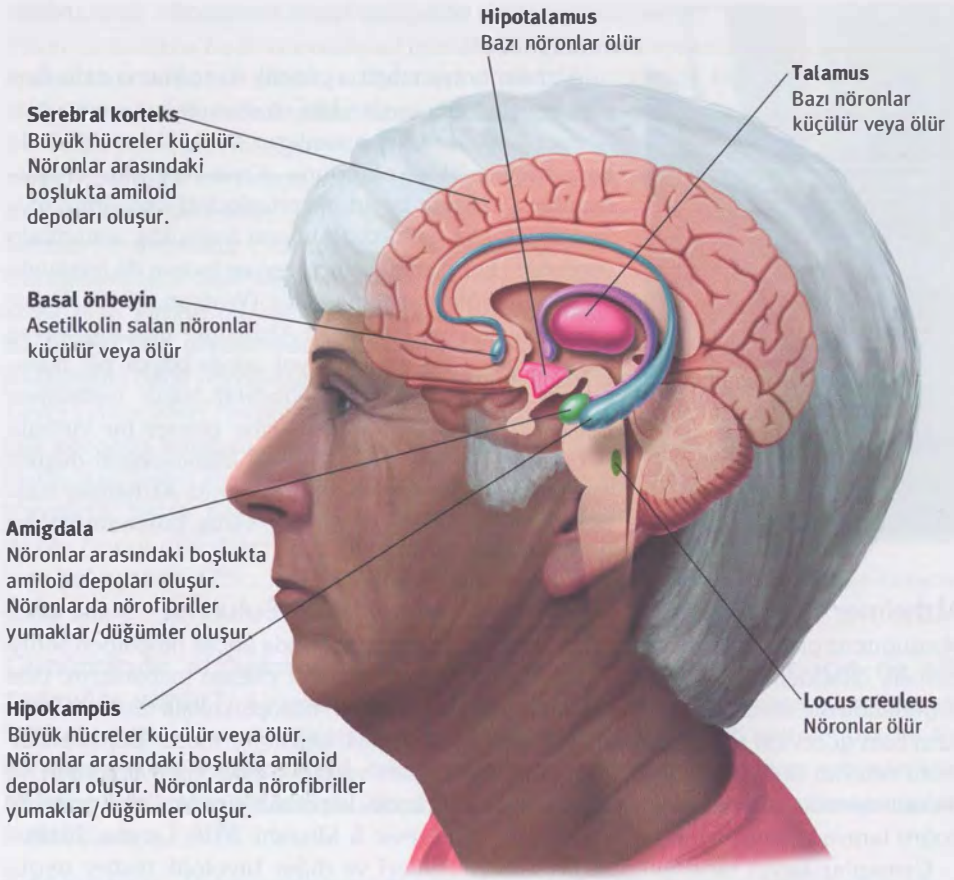
## Alzheimer Hastalığı ile İlişkili Olan Beyin Yapıları Nelerdir?

Genetik faktörlerin Alzheimer hastalığına yatkınlık yarattığını düşünsek de hâlâ beyin yapılarındaki anormalliklerin bu faktörlerle ilişkisini ve hastalığı ortaya çıkarmadaki rolünü anlamaya ihtiyacımız var. Araştırmacılar da bu konuda bir dizi olasılıktan söz ediyor.

Belirli beyin yapıları özellikle bellek işlevlerinde etkili role sahiptir. Kısa süreli bellekte en önemli yapılar arasında *prefrontal korteks* başı çeker. kısa süreli bellekten uzun

### #ErkenSahnealma

Erken başlangıçlı Alzheimer hastası olan insanlar ilk belirtilerini 30'lu yaşlar gibi çok erken dönemlerde gösterebilirler (Alzheimer Derneği, 2018).




FİGÜR 15-2

**Yaşlanan beyin**

İleri yaşta beyinde bellek, öğrenme ve yargılama gibi bazı bilişsel işlevleri belirgin ölçüde etkileyen değişiklikler yaşanır. Alzheimer hastalığında ise bu değişimler çok daha fazla olur. (Bilgiler Bauer ve diğ., 2018; Zheng ve diğ., 2018; mu ve diğ., 2017; Nomi ve diğ., 2017; Selkoe, 2011, 1992'den alınmıştır.)

süreliye bilgi aktarımında rol oynayan önemli yapılar arasında da temporal loblar (*hipkampüs ve* amigdala'nın da bulunduğu) ve *diensefalon (mamiller cisimleri, talamus ve hipotalamusu* da içeren) gelmektedir. Araştırmalar, bu yapılardan bazılarındaki işleyiş sorunlarının da Alzheimer hastalığına katkıda bulunduğunu göstermektedir (Giraldo ve diğ., 2018; Wolk & Dickerson, 2017) (Figür 15-2'ye bakınız)

**Alzheimer Hastalığıyla İlişkili Biyokimyasal Değişimler Nelerdir?** Yeni bilgilerin edinilmesi ve hatırlanması için kilit rol oynayan beyin hücrelerinde belirli protetinlerin üretilmesi gerekir. Beyindeki bazı kimyasal maddeler -örn. *asetilkolin, glutamat, RNA* (ribnükleik asit) ve *kalsiyum*- bellekle ilişkili proteinlerin üretiminden sorumludur. Bu kimyasallardan birinin aktivitelerinde sorun olursa proteinlerin uygun biçimde üretilmesinde de sıkıntı çıkabilir ve belleğe aktarım da sekteye uğramış olur (Gallegos vve diğ., 2018; More ve diğ., 2018). Dolayısıyla araştırmacılar bu tür anormal durumların Alzheimer hastalığının belirtilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği bilgisine ulaşmıştır (Hoshi ve diğ., 2018; Sabri ve diğ., 2018).

**Alzheimer Hastalığının Diğer Açıklamaları** Diğer bazı araştırmalar, toksinler gibi doğada bulunan bazı maddelerin beyne zarar verebileceğini ve Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasında katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Örneğin araştırmacılar bazı Alzheimer hastalığının beyinlerinde yüksek düzeyde çinkoya rastlamıştır (Lee ve diğ., 2018; Khan, 2016). Bu bulgu, özellikle ilgi çekmiştir çünkü bazı hayvan çalışmalarında çinkonun, Alzheimer hastalığına benzer şekilde beta-amiloid proteinin çoğalmasını tetiklediği görülmüştür.

Yine bazı çalışmalar, çevredeki diğer toksin maddelerin de Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasına rolleri olabileceğine işaret etmektedir (Lee ve diğ., 2017; Lee & Freeman, 2016, 2014). Bugün ileri yaşta olan bazı insanlar, 1960'lar ve 1970'lerde otomobil egzozlarından kaynaklanan hava kirliliği sebebiyle yüksek düzeyde kurşuna maruz kalmıştır. Diğer bazı araştırmalar da erken dönemde solunan havadaki bu tür toksinlerin bu insanların günümüzdeki bilişsel işleyişleri üzerinde olumsuz bir

#

**#MeşgulBeyinler**

Araştırmacılar zihinsel ve fiziksel olarak uyarıcıların bol olduğu ortamlarda yaşayan -oyuncaklar, tekerlekler ve tüneller gibi- laboratuvar farelerinin beyinlerinde daha az uyarıcı olanlara kıyasla daha az plak ve yumaklar olduğunu bulmuştur (Li ve diğ., 2017; Lazarov ve diğ., 2005).



Jens Büttner/picture-alliance/dpa/AP Images

**Bir danstan daha fazlası** İleri düzeyde nörobilişsel bir bozukluk yaşayan Carmen Dunkelmann, kocası Peter ile yatılı olarak kaldığı tedavi merkezinin "dans kafesinde" dans ediyor. Carmen'in anıları ve becerileri çok hızlı silinip gitse de çift dans etmeyi çok seviyor ve bu, ikisinin bir arada severek yaptığı çok özel bir aktivite. Dans denince aynı zamanda egzersiz, uyarılma ve eğlenceden söz etmek de mümkün ve bu ayrıca Carmen'in kötüye giden hastalığıyla savaşmasına yardımcı olan bir eylem

etkiye sahip olduğuna işaret etmektedir (Richardson ve diğ., 2014).

Alzheimer hastalığına yönelik iki açıklama daha ileri sürülmüştür. Bunlardan biri *otoimmün kuramıdır*. Alzheimer hastalısı olan insanların bağışıklık sisteminde bazı anormallikler olduğunu düşünerek bazı araştırmacılar, yaşlanan beyin hücrelerindeki değişimin *otoimmün tepkiyi* tetiklediğini (yani bağışıklık sisteminin yanlışlıkla kendisine saldırması) ve bunun da hastalığa yol açabildiğini söylemektedir (Watson, 2018). Diğer açıklama ise *viral kuramdır*. Alzheimer hastalığı yavaş hareket eden bir virüsün yol açtığı başka bir nörobilişsel bozukluk olan *Creutzfeldt-Jakob hastalığına* benzediği için bazı araştırmacılar benzer bir virüsün Alzheimer hastalığına da neden olabileceğini düşünmektedir. Ancak bugüne kadar henüz Alzheimer hastalarının beyninde bu tür bir virüs bulunamamıştır (Zafar ve diğ., 2017).

**Alzheimer Hastalığını Değerlendirme ve Öngörüde Bulunma** Daha önce okuduğunuz gibi Alzheimer hastalığı olan insanların bazılarında ancak otopsiden sonra hastalık ölümden sonra tespit edilebiliyordu. Fakat tanı için çalışan uzmanların, bazı değerlendirme araçlarından oluşan bataryalar kullanarak -nöropsikolojik testler (insanların bazı görevleri yerine getirmeleri istenirken bilişsel, algısal ve motor performanslarını sınayan araçlar), beyin taramaları, kan testleri ve diğer laboratuar analizleri ve dikkatli-ayrıntlı şekilde öykü almayı da içecek biçimde- kapsamlı bir vaka incelemesi ile doğru tanıya ulaşmaları gayet mümkündür (Knezevic & Mizrahi, 2018; Larson, 2018).

Uzmanlar beyin taramaları, laboratuvar testleri ve diğer biyolojik testler uyguladıklarında aslında **biyobelirteçleri** taramaktadır -yani genellikle Alzheimer hastalığının başlangıç döneminde gözlenebilen biyokimyasal, moleküler, genetik veya yapısal özellikler (Blennow & Zetterberg, 2018). Aslında bu biyobelirteçlerin birçoğu hastalığın ortaya çıkmasından çok önce beyinde görülmeye başlar. Bu yüzden pek çok araştırmacı gelecekte Alzheimer hastalığı ve diğer nörobilişsel bozuklukları yaşayacak insanları belirlemek için -belki de belirtilerin ilk defa görülmesinden bile yıllar evvel- bu biyobelirteçlerin belirli kombinasyonlarını incelemek üzere çalışmalar yapmaktadır (Perpetuini ve diğ., 2018, Sheng ve diğ., 2018). Sinirbilimci Lisa Mosconi ve meslektaşlarının laboratuvarında bu konuda ümit verici bir dizi çalışma yapılmıştır (Mosconi vve diğ., 2018, 2014, 2010, 2008). Beyin taramaları ve diğer bazı biyolojik testleri kullanarak bu araştırma ekibi düzinelerce ileri yaştaki insanla -hepsi sağlıklı görünen- bu biyobelirteç kombinasyonlarını incelemiş ve sonrasında 24 yıl boyunca da izlem çalışması yapmıştır. Zaman içerisinde bu çalışmalardaki katılımcıların %43'ü Alzheimer hastalığına bağlı hafif veya majör nörobilişsel bozukluk tanısı almıştır. Araştırmacılar, bu tür hastalıklara yakalananların sağlıklı olanlara kıyasla ilk etapta yapılan beyin testlerinde daha fazla biyobelirteçte anormalliğe sahip olduklarını görmüştür. Genel olarak belirtilerin ilk ortaya çıkmasından yıllar önce biyobelirteçlerle ilgili yapılan testlerin hafif nörobilişsel sorunları doğru olarak tespit etme oranı %71 iken majrö nörobilişsel sorunları tespit etme oranı %83 düzeyindedir.

**Bir süre sonra tedavisi olmayan bir hastalığa kapılacaklarını bilirlerse insanlar ne yapar?**

**Diğer Tür Nörobilişsel Bozukluklar** Alzheimer hastalığına ilaveten diğer bazı nörobilişsel bozukluklardan da söz etmek mümkündür (APA, 2013). Bunlar arasında serebrovasküler kazalardan kaynaklanan *vasküler nörobilişsel bozukluklar* veya beyindeki belirli bölgelere kan akışının durması ve bu bölgelerin zarar görmesinden ötürü yaşanan *inme/felç* vardır (Wright, 2017). Aynı zamanda *Pick hastalığı* olarak da anılan *frontotemporal nörobilişsel bozukluk* frontal ve temporal lobları etkiler (Che ve diğ.,

**biyobelirteç** Genellikle bir hastalığa eşlik eden biyokimyasal, moleküler, genetik ve yapısal özellikler.

2018). Aynı zamanda *Creutzfeldt-Jakob hastalığı* olarak da bilinen *Prion hastalığına bağlı nörobilişsel bozuklukta* vücuttaki spazmları da içeren bazı belirtiler gözlenir. Daha evvel gördüğümüz gibi bu hastalığa ortaya çıkmadan yıllar önce vücuda girerek orada yaşayan bir virüs yol açar. *Huntignton hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluk*, zaman geçtikçe kötüleşen kişilik değişimlerinin eşlik ettiği bellek ve duygudurum sorunları, ciddi seğirmeler ve spazmlar ile gözlenen kalıtsal bir sorundur (Suchowersky, 2018). Titremeler, katılık ve sabit duramama gibi belirtilerle görülen ve ilerleyici bir nörolojik rahatsızlık olan *Parkinson hastalığı* özellikle ileri yaştaki insanlarda veya hastalığın ileri evrelerinde bir nörobilişsel bozukluk olan *Parkinson hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluğa* dönüşebilir (Rodnitzky, 2018). Lewy cisimcikleri hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluk terimi, birçok nöronda bulunan protein depolarının yapı malzemesi olan Lewy cisimciklerinden almıştır (Farlow, 2018). Son olarak HIV enfeksiyonu, travmatik beyin hasarı, madde kullanımı veya menenjit veya ileri düzey frengi gibi diğer bazı tıbbi sorunlar da nörobilişsel bozukluklara yol açabilir (Price, 2018, 2017) (Bir sonraki sayfada yer alan Trendler kutucuğuna bakınız.)


BSIP/UIG via Getty Images

**Terapötik bir ortam** Uzun süreli bakım merkezindeki Alzheimer hastası olan bu kadının dikkatini odadaki uyarıcı nesneler çekmiş ve onlara dokunuyor ve aynı zamanda odanın renkleri ve dekorasyonundan da memnun görünüyor.

## Günümüzde Alzheimer ve diğer nörobilişsel bozukluklar için ne tür tedaviler vardır?

Alzheimer hastalığı ve diğer pek çok nörobilişsel bozukluktaki bilişsel özelliklerine yönelik tedaviler genelde orta düzeyde etkili olabilmektedir. Bu sorunlara yönelik ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı müdahaleler, bakım verenler için destek programları ve sosyokültürel yaklaşımlar gibi bir dizi tedavi yöntemi uygulanmaktadır.

***İLAÇ TEDAVİSİ*** Alzheimer hastalığı için reçete edilen ilaçlar genellikle bellek işlevlerinde etkili rolleri olan asetilkolin ve glutamat adlı nörotransmiterler üzerinde etkilidir. Bu ilaçlar arasında donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon), galantamine (Reminyl) vve memantin (Namenda) sayılabilir. Bu ilaçları kullanan bazı Alzheimer hastalarında kısa süreli bellek ve yargılama becerisinin yanı sıra dil kullanımı ve baskı altında baş etme becerileri gibi alanlarda hafif düzeyde iyileşmeler görülebilmektedir (Press & Alexander, 2018). İlaçların etkileri sınırlı olsa da ve yan etkileri sıkıntılar yaratsa da, bunlar FDA tarafından onaylanmış ilaçlardır. Klinisyenler bu ilaçların özellikle erken dönem ve hafif düzey Alzheimer hastalığı olanlarda faydalı olduğunu düşünmektedir. Bu ilaçlara ek olarak veya tek başına E vitamini almanın hafif düzeyde Alzheimer hastalığı olan insanların yaşadığı bilişsel zorlukları azaltacağına dair popüler bir inanç olsa da bu düşüncenin tüm çalışmalarca desteklenmediğini belirtmek gerekir (Press & Alexander, 2018).

**Yaşama katılmak** Sanal gerçeklik teknolojisi ileri yaştaki Alzheimer hastalarının bilişsel ve fiziksel işleyişlerini geliştirmede yardımcı olabiliyor. Burada huzurevinde yaşan bir kadın sanal bisiklete binerek çevreyi geziyor ve ayrıca da egzersiz yapmış oluyor. (Sabit bir bisiklette pedal da çeviriyor.)


BSIP/UIG via Getty Images

...TRENDLER

# Beyne Zarar Vermek: Amerikan Futbolu ve KTE

ABD'de milyonlarca insan Pazar günlerini profesyonel Amerikan futboluna ayırıyor. Tuttukları takımların tartışmasız en çok izlenenler arasındaki Ulusal Futbol Ligi'ndeki (LFL) performanslarını izliyorlar. Yıllardır bu sporun çok net görülebilen tehlikeli yönü, yarattığı eğlence ile oyuncu ve izleyenler için sağladığı zenginlikler sebebiyle göz ardı edildi ama bu düşünce son yıllarda değişmeye başladı. Neden? Çünkü birçok UFL oyuncusunun, büyük olasılıkla yıllar boyunca oynlarda aldıkları kafa darbesinin yol açtığı düşünülen ve dejeneratif bir beyin hastalığı olan kronik travmatik ensefalopati (KTE) adlı hastalık keşfedildi (Solomon, 2018; Rabinovici, 2017).



AP Photo/Steve Ruark

**Oyunun bir parçası mı?**
Amerikan Ulusal Futbol Ligi John Mackey'i 5. şampiyonluk maçı için selamladı ve ona, günün anısına Onur listesi yüzüğünü takdim etti. Mackey 2011 yılında 69 yaşında, kafasına aldığı tekrarlı darbeler ve spor kazalarının neden olduğu aşikar olan majör nörobilişsel bozukluk ile hayata veda etti. Amerikan futbolu ve böylesi hastalıklar örtük biçimde UFL tarafından bu tür sorunlar yaşayanların bakım maliyetini karşılamak üzere "88 Planı" uygulamasının (Mackey'ın maçlarda giydiği formanın numarasına atfen) hayata geçirdi.

Araştırmalar diğer nörobilişsel bozukluklar gibi KTE'de de beyindeki birçok nöronda çok miktarda yumaksı yapılar -tau protein tarafından oluşturulan- barındırdığını göstermiştir (Lepage ve diğ., 2018; Ling, 2018). Bu yumakların hipokampus, talamus, subtansia nigre ve amigdala gibi yapılardaki anormalliklerin yanı sıra yıllar geçtikçe yoğunlaşan bazı nörobilişsel belirtilere yol açtığı düşünülmektedir -yönelim sorunları, bellek kayıpları, düzensiz davranışlar, kişilik değişimleri, ilerleyen bilişsel yavaşlık, intihar düşünceleri ve ölüm gibi (Larson, 2018, 2017; Brosch & Farlow, 2017).

KTE ve onun ölümcül sonuçları, 2005 yılında bir nöropatolog olan Bennet Omalu'nun daha evvel bir UFL oyuncusu olan Mike Webster'a otopsi yapana ve Webster'ın beyninde bu "yeni" hastalığın emarelerini görene kadar fark edilmemişti. Webster ölümden önce ciddi düzeyde bilişsel, davranışsal, duygusal sorunlar yaşamıştı, ama daha önce yaşadığı sorunlar, tıp uzmanları için bir gizemdi. Omalu'nun çığır açan keşfinden sonra KTE, Amerikan futbolu, normal futbol, hokey, rugby oyuncusunun yanı sıra boks, güreş, dövüş sanatları ile ilgilenenlerle askeri personelin emekli olarak ölümlerinin ardından yapılan otopsilerde tespit edilmeye başlandı (Solomon, 2018; Lindsley, 2017).

KTE'nin duyulması ve yayılması yine de yavaş oldu, elbette bunun birkaç sebebi vardı (Lee ve diğ., 2018; Mez ve diğ., 2017). Bunlardan biri, bu sorunun çok belirgin bir majör kafa travmasından ziyade birden fazla sayıda yaşanan ve görece hafif beyin sarsıntıları ve kafaya alınan darbeler şeklinde zaman içinde ortaya çıkmasıdır. İkincisi, yaşayan insanların beyin taramaları bu hastalığın fark edilmesi için yeterli değildir çünkü hafif sarsıntılar tek başına beyinde kanamaya veya beyin yapılarında sıkıntı yaşanmasına yol açmamaktadır. Alzheimer hastalığında olduğu gibi KTE'nin kesin tanısı maalesef ki sadece ölümden sonra beyin incelendiğine konabilmektedir. Ancak kesin olan, bu sorundan mustarip olanların kötü şeyler olduğunda kesinlikle hayatta olduklarıdır.

Şimdilerde KTE biliniyor ve bu konuda pek çok uyarı yapılarak önlem alınıyor -sporcular ve resmi makamlar tarafından (Oliver ve diğ., 2018; Lindsley, 2017). Örneğin UFL "oyuna geri dönme" prosedürlerinde bazı değişiklikler yaptı ve artık oyuncuların hafif sarsıntı geçirseler de tüm belirtilerin tamamen ortadan kalktığından emin olunmasını şart koşuyor. Ayrıca ligde maçlar sırasında temas ortamlarına daha fazla özen gösteriliyor. İlaveten bu sorunu yaşayanlara, ölümlerinden sonra ailelerine sunmak üzere UFL bütçesi milyon dolarları bulan bir KTE mali destek fonu ayırdı. Bu tür değişiklikler elbette ki kolaylıkla ve tam anlamıyla bir işbirliği içinde yapılamıyor -çünkü çok fazla hukuki görüşme, toplu pazarlıklar gerekiyor. Yine de bu ve benzeri gelişmelerin arttığını görmek ümit verici.

Aynı zamanda sıkça nörobilişsel bozuklukların yalnızca genetik ve/veya yaşam tarzıyla ilişkili olmadığını da vurgulamak istiyoruz. Bu sorunlar için kafa travması -hatta çok hafif olanlar bile- veya ilaç kullanımı, beyin cerrahisi ameliyatları ve henüz kesinleşmemiş pek çok faktör de etkili.

Az evvel söz edilen ilaçların her biri kişi Alzheimer hastalığı tanısı aldıktan sonra reçete edilebiliyor. Yine de bazı çalışmalar diğer sorunlar için piyasada satılan bazı maddelerin hastalığın gelişmesini önlemeye veya başlangıcı geciktirmeye yaradığını da gösteriyor. Örneğin bazı araştırmalar menapozdan ötürü kadın cinsiyet hormonu olan östrojen alan kadınlarda Alzheimer hastalığı tanısı alma olasılığı yarı yarıya


© Christina Koci Hernandez/SFC/San Francisco Chronicle/Polaris


Al Schaben/Los Angeles Times via Getty Images

düşüyor (Grodstein, 2018; Li ve diğ., 2017, 2014). Diğer çalışmalar her ne kadar bu konuda karşıt bulgular olsa da ibuprofen ve naprosyn gibi stereoid olmayan antienflematuar ilaçların (Advil, Motrin, nuprin ve diğer ağrı kesiciler) uzun süreli kullanımının da Alzheimer hastalığına yakalanma riskini azaltmaya yardımcı olabileceğini ileri sürmektedir.

***BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEKNİKLER*** Bilişsel-davranışçı müdahaleler Alzheimer hastalığında belirli düzeydeki başarı oranları ile kullanılmıştır. Japonya'da örneğin bu hastalıktan mustarip bir grup insan düzenli olarak sınıflarda toplanıp basit hesaplamalar yaparak kitap ve hikaye okumuş. Benzer şekilde araştırmalar bilgisayar temelli uyarım programlarını da içeren şekilde bazı bilişsel aktivitelerin Alzheimer hastalığının tanısını önleme veya tanı almayı geciktirmede etkili olabileceğinden söz etmektedir (Ko ve diğ., 2018; Press & Alexanderi 2018). Örneğin 80'li yaşlarındaki 700 kişinin katıldığı bir çalışmada beş yıllık bir zaman diliminde çeşitli bilişsel aktiviteleri gerçekleştirenlerin (örn. mektup yazmak, haberleri takip etmek, kitap okumak veya konser ya da oyunları izlemek) zihinsel olarak daha pasif katılımcılardan daha az Alzheimer hastalığına yakalanma riskine sahip olduğu görülmüştür.

İlginçtir ki, özellikle bilişler yerine davranışlara odaklı bilişsel-davranışçı stratejiler hastalığı önleme ve yönetmede daha faydalı gibi görünüyor. Birçok çalışmada fiziksel egzersizin bilişsel işleyişin artmasına yardımcı olduğu görülüyor -tüm yaş aralığı ve sağlık durumunda olan insanlar için (Mandloesi ve diğ., 2018; McDade & Petersen, 2018). Düzenli fiziksel egzersizlerin Alzheimer ve diğer nörobilişsel hastalıkların oluşma riskini azalttığına dair de araştırma bulguları mevcut (Keene ve diğ., 2018; Press & Alexander, 2018). Dolayısıyla fiziksel egzersiz sıklıkla bu tür sorunları olan hastalara uygulanan tedavinin bir parçası olarak yer almaktadır.

Farklı türde davranış odaklı müdahaleler de Alzheimer hastalarının sergilediği belirtileri azaltmak için de kullanılmaktadır. Bu tür yaklaşımlar genellikle geceleri gezinme, idrar kontrol kaybı, ilgi talebi ve yetersiz öz-bakım gibi aile için sorun oluşturabilecek hastanın her gün sergileyebileceği davranışları değiştirmeyi hedefler (Press & Alexander, 2018, 2017; Lancioni ve diğ., 2011). Terapist, aile üyelerinin olumlu davranışları arttırmak için nasıl ve ne zaman pekiştireç kullanacaklarında dair rol yapma, model olma ve çeşitli uygulama egzersizlerini gösterir.

***BAKIM VERENLER İÇİN DESTEK PROGRAMLARI*** Bakım verme Alzheimer ve diğer nörobilişsel bozukluk yaşayan hastalarının yakınları için önemli bir yüktür (Alzheimer Derneği, 2018, 2017). Hemen hemen Alzheimer hastalarının %90'ına genellikle çocukları veya eşleri olmak üzere yakınları bakar.

**Her tür fitnes** Klinisyenler *bilişsel fitnesın* ileri yaşta ve/veya nörobilişsel bozukluklarda bilişsel sorunları önleme veya yavaşlatmaya yardımcı olduğunu vurgulamaktadır. Bu yüzden, birçok huzurevinde ileri yaştaki insanların bilgisayar ile bilişsel etkinlikler yapabileceği olanaklar bulunmaktadır. Araştırma ayrıca fiziksel egzersizlerin de bilişsel sıkıntılar üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir. Bu sebeple, sağdaki fotoğraftaki ileri yaştaki Alzheimer hastası ikizler düzenli olarak fiziksek egzersiz programına katılıyorlar.

#

## #CinsiyetBaskısı

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin üçte ikisi kadındır. Bakım verenlerin üçte biri ise kızlarıdır.

Kızlar Alzheimer hastası ebeveynlerinin bakımı için ayda 102 saat harcıyorlar. Oğullar ise ayda 80 saat.

(Bu bilgi, Alzheimer Derneği, 2018, 2017'den alınmıştır.)



© Jodi Cobb/National Geographic Creative

**Bakım verenlerin yükü** Bir kadın Alzheimer hastası kız kardeşini sakinleştirmeye çalışıyor. Nörobilişsel bozukluğu olan bir yakınına bakım vermenin fiziksel ve psikolojik yükü tipik olarak bakım verenler üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.

Tamamen çaresiz, kendine olmayan ve tıbbi olarak hasta birine bakmak oldukça zor olabilir. Sevdiğiniz birinin zihinsel ve fiziksel olarak güçten düşmesini izlemek ayrıca sancılı bir süreçtir.

Alzheimer hastalarının belirli kurumlar yatırılarak bakılmasının önemli nedenlerinden biri, bunalmış bakım verenlerin artık yaşadıkları zorluklarla baş edememesidir (Alzheimer Derneği, 2018, 2017; Di Rosa ve diğ., 2011). Birçok bakım veren öfke ve depresyon yaşayabilir ve kendi fiziksel ve ruhsal sağlıkları da bozulabilir (Kang ve diğ., 2014). Aslında bakım verenlerin birçoğu "sandviç nesil" olarak görülebilir çünkü Alzheimer hastası ebeveynlerine bakarken aynı zamanda ergen çocuklarına da bakmak zorunda kalırlar. Klinisyenler artık, Alzheimer hastalığını ve nörobilişsel bozuklukları tedai etmenin önemli yönlerinden birinin de düzenli boş zaman bulma, hastalık hakkında eğitim ve psikoterapi gibi bakım verenlerin duygusal gereksinimler olduğunu kabul etmeye başladı (Merlo ve diğ., 2018; Piersol ve diğ., 2017). Bazı klinisyenler bakım verenler için destek grupları oluşturmaya başladı.

***SOSYOKÜLTÜREL YAKLAŞIMLAR*** Sosyokültürel yaklaşımlar tedavide önemli rol oynamaktadır (Alzheimer Derneği, 2018, 2017). Nörobilişel bozukluklar için gündüz ayaktan bazı kurumlarda tedavi programları uygulandıktan bazı aktiviteler yapıldıktan sonra akşamları hasta ve yakınları evlerine bırakan bakım olanakları sunulmaya başlandı. Bu bozukluklardan muzdarip insanların daha neşeli ortamlarda yaşamaları, süpervizyonlu destek alabilmeleri ve uyarıcı aktivitelere katılabilmeleri için destekli yaşam tesisleri çoğalmaya başladı. Tipik olarak bu merkezler, sakinlerin gereksinimlerini karşılamak üzere planlanmıştır -örn. kalanların kendi başlarına kaybolmamadan gezinebilmeleri için daha aydınlık veya içinde yürüyüş yolları olan kapalı bahçeler olması gibi. Araştırmalar bu tür olanakların bilişsel sıkıntıları olan insanlara iyi geldiğini ve yaşamdan aldıkları zevki arttırdığını göstermektedir. Ayrıca kaybolabilecek Alzheimer hastaları için taşınabilir bileklik veya GPS sinyali veren ayakkabılar gibi cihazların çeşitleri de artmaktadır (Jensen & Padilla, 2017; Press 6 Alexander, 2017).

Alzheimer hastalığı bilişsel bir bozukluksa ve biyolojik kökeni varsa, hastaların artan konfor düzeyleri neden bir fark yaratsın ki?

Alzheimer ve diğer türdeki nörobilişsel bozuklukların doğası ve tedavisi ile ilgili gelişmeler ile araştırmacılar gelecek yıllarda daha da fazla yenilikler için girişimlerde bulunacaktır. Bu sorunların sorumlusu olan beyindeki değişiklikler oldukça karmaşıktır ancak birçok araştırmacı heyecan verici düşüncelerin kapıda olduğuna inanmaktadır.

## #NormalGerileme?

Klinisyenlerin majör nörobilişsel bozukluk (örn. Alzheimer hastalığı) sorunu olan bireyleri tespit etmelerine yardımcı olmak için DSM-5'e *hafif nörobilişsel bozukluk* tanısı eklenmiştir. Ancak normal düzeyde unutkanlık ve diğer yaşlanma emareleri gösteren birçok insanın yanlışlıkla bu tanıyı alma ihtimalinin artacağı düşünülerek aynı zamanda bu girişim eleştirilmektedir.

## 9... ÖZETLE

**BİLİŞSEL BOZUKLUKLAR** İleri yaştaki insanlar, dikkat ve yönelimde önemli düzeydeki sorunlar ile karakterize olan deliryum yaşam ihtimali yüksektir.

Bilişsel işlevlerde önemli ölçüde gerilemenin görüldüğü nörobilişsel bozukluklar ileri yaştaki bireyler için oldukça yaygındır. Bunlar arasında en yaygın olanı ise Alzheimer hastalığıdır. Bu hastalık beyinde çok sayıda görülen senil plakları ve nörofibriler yumaklar ile ilişkilendirilmektedir. Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığına yönelik kabul gören bir açıklamayagöre kalıtsal olarak bir tür apoliprotein E (ApeE) geni versiyonu olan ApoE-4 taşıyan insanlar özellikle Alzheimer hastalığına yatkınlık taşımaktadır.

Bu hastalık için yüksek düzeyde çinko, kurşun ve diğer toksinler, bağışıklık sistemi problemleri ve bazı virüsler olmak üzere bir dizi gerekçe önerilmektedir.

Araştırmacılar Alzheimer hastalığı ve diğer nöorbilişsel bozuklukların tedavisi ve tespiti için önemli yöntemler geliştirmiştir. Alzheimer hastalığı için ilaç terapisi ve bilişsel-davranışçı terapinin sınırlı da olsa etkili araçlar olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamak ayrıca tedavinin önemli bileşenleridir. Ayrıca gündüz bakım merkezleri gibi sosyokültürel yaklaşımlarda da artış gözlenmektedir.

# Yaşlıkta Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

İleri yaştaki bireylere yönelik çalışmalar ve tedavi yöntemleri ilerledikçe klinisyenler arasında üç ana konu tartışılmaya başlamıştır: ırksal ve etnik azınlık gruplarındaki ileri yaşta insanların karşılaştığı özel durumlar, uzun süreli bakımın yetersizlikleri ve yaşlanan dünyada tıbbı bakım için sağlıklı yaşlanmak için bugün yapılabilecekler.

İlk olarak ırksal ve etnik ayrımcılık ABD'de uzun yıllardır devam eden bir sorundur (Bölüm 2'ye bakınız.) ve sonuçta pek çok insan özellikle de yaşlı olanlar bundan büyük ölçüde zarar görür. Hem yaşlı hem de azınlık gruptan biri olmak birçok kişi tarafından "çifte katmerli tehlike" olarak görülmektedir. Azınlık gruplardaki kadınların yaşadığı zorluklar bazen "üç kat tehlikeli" olarak da tanımlanır çünkü erkeklere kıyasla pek çok yaşlı kadın dul, fakirdir, ayrıca yalnız yaşamaktadır. Klinisyenler ileri yaştaki hastalara doğru tanı koyarken ve ruhsal sorunlarını tedavi ederken ırklarını, etnik kökenlerini ve cinsiyetini hesaba katmalıdır. (Heflin, 2018; Ng ve diğ., 2014) (Figür 15-3'e bakınız.)

Etnik olarak azınlık gruplardaki bazı ileri yaştaki insan, tıbbi ve ruhsal bakım hizmeti alımlarını engelleyen dil bariyeri ile karşılaşır. Bazıları ise yardım arama davranışında sıkıntı yaratabilecek kültürel inançları benimseyebilir. İlaveten azınlık grup üyelerinin birçoğu, kurumlara güvenmemekte veya kültürel ve kişisel ihtiyaçlarının dikkate alınacağı tıbbi ve ruh sağlığı hizmetleri olduğuna inanmamaktadır (Lines & Weiner, 2014). Sonuç olarak ırksal ve etnik azınlıklar arasındaki ileri yaştaki insanlar yaşadıkları sorunlar için çoğunlukla aile üyelerine veya arkadaşlarına başvurmaktadır. Günümüzde yaklaşık ileri yaştaki insanların %20'si genellikle artan sağlık sorunları sebebiyle çocukları veya diğer yakınları ile yaşamaktadır (Pew Araştırma Merkezi, 2017, Keefer, 2015). ABD'de bu tür yaşam düzenlemeleri özellikle ırksal ve etnik azınlık gruplarında oldukça yaygındır.

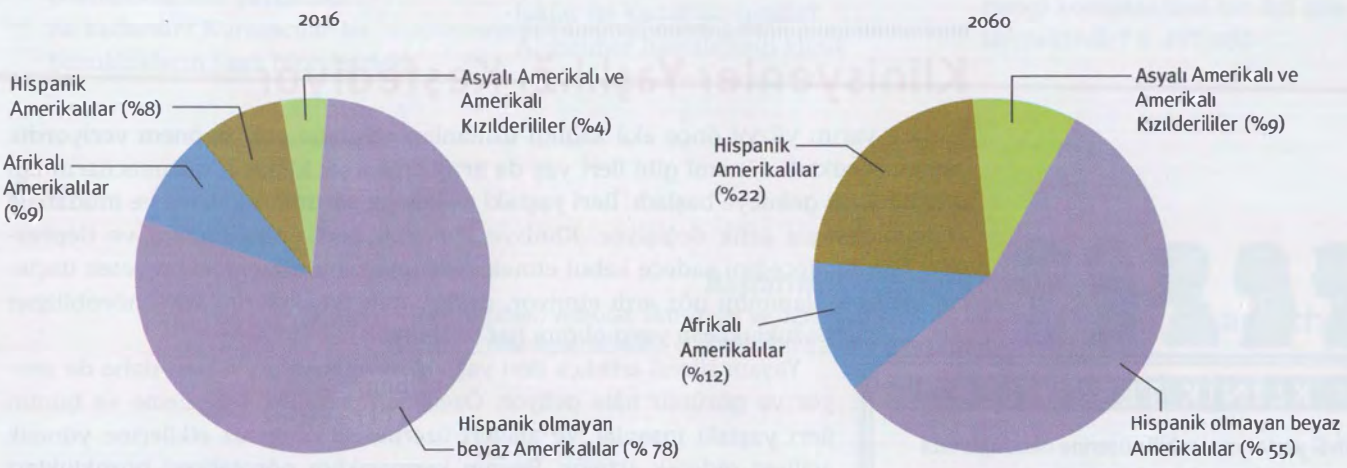
İkinci olarak, birçok ileri yaştaki birey, aileleri dışında insanların hizmet verdiği kısmı kontrollü bina veya kurumlar, hafif düzeyde sorun yaşayan ileri yaştaki insanların yaşadığı evler veya profesyonel olarak tıbbi ve bakım hizmetlerinin verildiği huzurevleri gibi ortamlarda *uzun süreli bakıma* gereksinim duymaktadır. Böyle ortamlardaki bakımın kalitesi de büyük ölçüde değişmektedir.

ABD'de herhangi bir zamanda ileri yaştaki tüm insanların yalnızca %4'ü bakımevlerinde yaşamaktadır (1,5 milyon insan) ama 85 yaş ve üzeri insanların %20'si,



Kyodo News/Getty Images

**Her şeyden önce** Öz bakım ve ilgi, majör nörobilişsel bozukluk boyunca gerileyebiliyor. Bu yüzden Japonya'daki bir tedavi merkezinde kalan bu ileri yaştaki kadınlar kozmetik terapi programının bir parçası olarak hijyen ve makyaj dersi alıyorlar.




FİGÜRE 15-3

## Etnik Köken ve Yaşlılık

İleri yaş popülasyonu ırksal ve etnik olarak daha da çeşitlenmeye başladı. ABD'de bugün 65 yaş üzeri tüm insanların yaklaşık %80'i Hispanik olmayan beyaz Amerikalılardan oluşmaktadır. 2060 yılına geldiğimizde bu oranın %55'lere düşmesi beklenmektedir. (Bu bilgi Frey, 2018; Mather, 2016; PRB, 2015'ten alınmıştır.)


Paula Solloway/Alamy

**Her küçük adım fayda sağlar** Her tür fiziksel egzersiz bilişsel işleyişe iyi gelir ve gerilemeyi azaltır düşüncesinden hareketle bu ileri yaştaki insanlar İngiltere'deki bir toplum sağlığı merkezinde "koltuklarından kalkmadan" bir egzersiz uygulamasına katılıyor.

nihayetinde böylesi mekânlara yerleştiriliyor (CDC, 2017). Dolayısıyla birçok yaşlı insan bir kenara konma korkusu yaşıyor denebilir. Taşınmak zorunda kalmak, bağımsızlıklarını kaybetmek ve tıbbi bir ortamda yaşamak zorunda kalmaktan korkuyorlar. Birçoğu ayrıca uzun süreli bakım hizmetlerinin maliyetinden de endişe ediyor. Günlük bakım hizmeti pahalı bir şey ve bakım evlerinin maliyeti de artmaya devam ediyor. ABD'deki bir bakım evindeki özel bir odanın yıllık ortalama maliyeti 90.000 dolar, yarı özel yani iki kişilik bir odanın yıllık maliyeti ise 80.000 dolardır (Alzheimer Derneği, 2018, 2017). Bugün var olan pek çok sigorta planı uzun süreli veya kalıcı bakım masraflarını yeterince kapsamıyor. Bu konulardaki endişeler ileri yaştaki insanların akıl sağlığına ve/veya ailedeki uyum sürecine büyük ölçüde zarar veriyor.

Son olarak klinik araştırmacılar günümüz genç neslin gelecekteki yaşlılık dönemleri için *sağlığı sürdürme* veya *sağlıklı yaşam* gibi yaklaşımları benimseyerek hazırlık yapmalarını öneriyor (Heflin, 2018; Libman ve diğ., 2017). Diğer deyişle fiziksel ve ruhsal sağlıklarını sürdürmek için çaba harmacalarını destekliyor -sigara içmemek, dengeli ve sağlıklı beslenmek, düzenli egzersiz yapmak, pozitif sosyal ilişkilerde bulunmak, psikoeğitsel kaynaklardan faydalanmak, stres yönetimi ve diğer ruh sağlığı programlarına katılmak gibi. İleri yaştaki insanların fiziksel ve psikolojik sağlıkları yerinde olursa yaşamlarındaki değişikliklere ve negatif olaylara daha kolay uyum sağladıklarına dair inanç gün geçtikçe güçleniyor.

## ÖZETLE

**İLERİ YAŞTAKİ İNSANLARIN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN KONULAR** İleri yaştaki insanların sorunlarını çalışırken ve tedavi ederken klinisyenler 3 konuyla daha ilgileniyorlar: ırksal ve etnik azınlık gruplarından gelen ileri yaştaki insanların sorunları, uzun süreli bakımın yetersizlikleri ve genç insanların sağlıklı yaşam gereksinimleri

# Klinisyenler Yaşlılığı Keşfediyor

Sadece yarım yüzyıl önce akıl sağlığı uzmanları yaşlılığa çok az önem veriyordu. Ancak çocukluk dönemi gibi ileri yaş da araştırmacı ve klinik uygulamacıların ilgi odağı hâline gelmeye başladı. İleri yaştaki psikolojik sorunları anlama ve müdahale etme biçimimiz artık değişiyor. Klinisyenler artık ileri yaştaki kaygı ve depresyon yaşanabileceğini sadece kabul etmekle kalmıyor, bu dönemdeki reçeteli ilaçların yanlış kullanımını göz ardı etmiyor, deliryumun tehlikelerini veya nörobilişsel bozuklukların yaygınlığını hafife almıyor.

Yaşam süresi arttıkça ileri yaştaki insanların ihtiyaçları daha da artıyor ve görünür hâle geliyor. Özellikle nörobilişsel gerileme ve bunun ileri yaştaki insanlar ve aileleri üzerindeki olumsuz etkilerine yönelik aciliyet giderek artıyor. Beynin karmaşıklığı nörobilişsel bozuklukları anlamayı zorlaştırsa da araştırmacılar artık düzenli aralıklarla önemli buluşlar gerçekleştiriyor. Bu alandaki araştırmalar bugüne kadar çoğunlukla bu hastalıkların biyolojik yönüne odaklansa da bu sorunlar hastalar ve aileler üzerinde dikkat çekici ölçüde etkiye sahip olduğu için bu konulardaki psikolojik ve sosyokültürel araştırmalar hızla çoğalıyor.

### KLİNİK TERCİHLER

Şimdi yaşlanma ve biliş üzerine okuduğunuza göre bu bölüme dair etkileşimli vaka çalışmasına göz atın. Fred'in belirtileri tanımlayıp tanımlayamayacağınızı görün ve bu belirtileri temel alarak bir tanı önerin. Fred için en etkili tedavi ne olabilir? *Başlama Çubuğu'na* gidin ve *Klinik Tercihler*'e ulaşın.

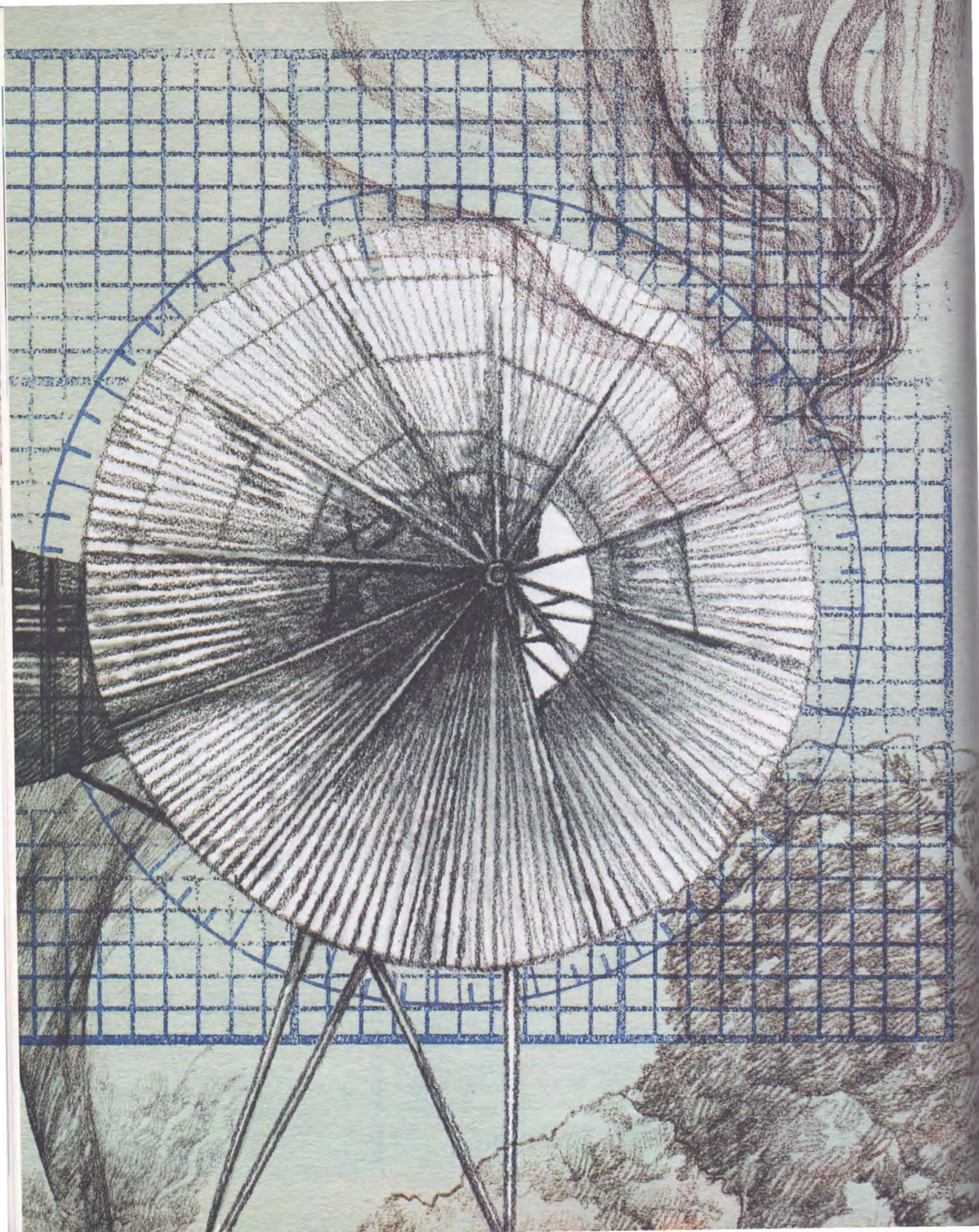
## Anahtar Terimler

geropsikoloji, s. 473
deliryum, s. 479
nörobilişsel bozukluk, s. 480
majör nörobilişsel bozukluk, s. 480
hafif nörobilişsel bozukluk, s. 480
Alzheimer hastalığı, s. 481
yaşlılık plakları (senile plaques), s. 483
beta-amiloid proteini, s. 483
nörofibriler yumaklar, s. 483
tau proteini, s. 483
erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı, s. 484
beta-amiloid öncü proteini, s. 484
presenilin proteini, s. 484
geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı, s. 484
apolipoprotein E (ApoE) geni, s. 484
ApoE-4, s. 484
prefrontal korteks, s. 484
temporal lob, s. 485
diensefalon, s. 485
asetilkolin, s. 485
glutamat, s. 485
ribonükleik asit (RNA), s. 485
kalsiyum, s. 485çinko, s. 485
kurşun, s. 485
otoimmün kuramı, s. 486
viral kuram, s. 486
Creutzfeldt-Jakob hastalığı, s. 486
biyobelirteçler, s. 486
vasküler nörobilişsel bozukluk, s. 486
Huntington hastalığı, s. 487
Lewy cisimcikleri hastalığı, s. 487
donepezil, s. 487 rivastigmin, s. 487
galantamin, s. 487 memantin, s. 487
E vitamini, s. 487
gündüz bakım tesisleri, s. 490
destekli yaşam tesisleri, s. 490
ayrımcılık, s. 491
uzun süreli bakım, s. 491
sağlıklı yaşam yaklaşımı, s. 492

## Hızlı Kısa Sınav

1. Geropsikoloji nedir? İleri yaştaki insanlar, yaşlılığa özel ne tür baskı ve üzüntülerle karşı karşıya kalıyor? s. 472-474
2. Yaşlılar arasında depresyonun yaygınlığı ne kadardır? Yaşlılarda bu bozukluğun olası nedenleri nelerdir ve nasıl tedavi edilir? s. 474-475
3. Yaşlılar arasında kaygı bozukluklarının yaygınlığı ne kadardır? Kuramcılar bu bozuklukların yaşlı bireylerdeki başlangıcını nasıl açıklar ve klinisyenler bu bozuklukları nasıl tedavi eder? s. 475-476
4. Yaşlılar arasında görülebilen madde kötüye kullanımı türlerini sayın ve açıklayın. s. 476-478
5. Yaşlılarda ne tür psikotik bozukluklar görülebilir s. 478
6. Deliryum nedir? s. 479
7. Yaşlılarda nörobilişsel bozukluklar ne kadar yaygındır? Alzheimer hastalığının klinik özelliklerini ve seyrini tanımlayın. s. 480-483
8. Alzheimer hastalığının olası nedenleri nelerdir? s. 483-486
9. Alzheimer hastalığı önceden belirlenebilir mi? Bu ve diğer nörobilişsel bozukluklar için ne tür müdahaleler uygulanır? s. 486-490
10. Klinisyenler, yaşlanma ile ilgili hangi konulara özel bir ilgi göstermektedir? s. 491-492

***Başlatma Çubuğunu ziyaret edin***
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad



BÖLÜM

16

# ...Yasalar, Toplum ve Ruh Sağlığı Uzmanlığı

*Sevgili Jodie:*

*Reagan'a yapacağım suikast girişiminde kesinlikle öldürülme ihtimalim var. İşte tam da bu nedenle sana bu mektubu yazıyorum. Artık çok iyi bildiğin gibi seni çok seviyorum. Geçtiğimiz yedi ay boyunca bana ilgi duyman umuduyla sana onlarca şiir, mektup ve mesaj gönderdim... Jodie, eğer kalbini kazanıp hayatımın geri kalanını seninle birlikte geçirebilme ihtimalim olsaydı Reagan'ı öldürme fikrinden hemen vazgeçerdim. İtiraf etmeliyim ki bu girişimi şimdi yapıyor olmamın sebebi, seni etkilemek için daha fazla sabredecek gücümün kalmamasıdır. Tüm bunları senin iyiliğin için yaptığımı kesin olarak anlamanı sağlamak için şimdi bir şeyler yapmalıyım. Kendi özgürlüğümü ve belki de kendi yaşamımı feda ederek umarım hakkımdaki düşüncelerini değiştirebilirim. Bu mektup ben Hilton Oteli'ne gitmeden bir saat önce yazıldı. Jodie, lütfen kalbinin derinliklerine bir bak ve en azından saygını ve sevgini kazanabilmem için bana bir şans ver. Seni sonsuza dek seveceğim.*

*John Hinckley*

John W. Hinckley Jr., bu mektubu Mart 1981'de aktris Jodie Foster'a yazdı. Hinckley, mektubu yazdıktan kısa bir süre sonra Washington Hilton Otelinin önünde tabancasını hazırlamış bir halde bekliyordu. Kısa bir süre sonra ABD Başkanı Ronald Reagan otelden çıktı ve tabanca sesi duyuldu. Gizli Servis ekibi Reagan'ı limuzine bindirirken bir polis memuru, başkanın basın sekreteri ve bir Gizli Servis ajanı kaldırıma düştü. Başkan vurulmuş ve akşama doğru Amerika'nın çoğu medya vasıtasıyla Coloradolu dengesiz genç adamın yüzünü çoktan görmüş ve adını duymuştu.

Bu kitap boyunca gördüğünüz gibi bir bireyin psikolojik işlev bozukluğu tek başına ortaya çıkmaz. Toplumsal ve sosyal faktörlerden etkilenir -bazen kaynaklanır- ve akrabaların, arkadaşların ve tanıdıkların hayatlarını da etkiler. John Hinckley vakası davranış bozukluğunun, bazı durumlarda kişinin tanımadığı kişilerin refahını ve haklarını da etkileyebileceğini güçlü bir şekilde göstermektedir.

Aynı şekilde bilim insanları ve klinisyenler çalışmalarını tek başlarına yürütmezler. Psikolojik sorunları olan insanları incelerken ve tedavi ederken toplumun diğer kurumlarını da etkiler ve onlardan etkilenirler. Örneğin hükûmetin psikotrop ilaçların kullanımını nasıl düzenlediğini, klinisyenlerin hükûmetin akıl hastanesinden çıkarıp topluma kazandırma politikasının uygulanmasına nasıl yardımcı olduğunu ve klinisyenlerin Vietnam, Irak ve Afganistan'daki psikolojik işkenceleri nasıl toplumun dikkatine sunduğunu gördük.

Kısacası, danışanları gibi klinik alanda çalışan profesyoneller de karmaşık bir sosyal sistem -klinisyenler için, mesleki sorumluluklarını tanımlayan ve çoğunlukla düzenleyen sistem- içinde çalışırlar. Davranışı anlamak için anormal davranışın meydana geldiği sosyal bağlamı anlamamız gerektiği gibi bu davranışın incelendiği ve tedavi edildiği bağlamı da anlamalıyız. Bu bölüm ruh sağlığı alanı ile toplumdaki üç ana güç -yasama/yargı sistemi, iş hayatı/ekonomik alan ve teknoloji dünyası- arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır.

BÖLÜM AKIŞI


- Yasalar ve Ruh Sağlığı
  - Klinisyenler Ceza Adalet Sistemini Nasıl Etkiler?
  - Yasama ve Yargı Sistemleri Ruh Sağlığını Nasıl Etkiler?
  - Klinik Alan ile Hukuk Alanı Başka Hangi Şekillerde Etkileşimde Bulunur?
- Hangi Etik İlkeler Ruh Sağlığı Uzmanlarına Yol Gösterir?
- Ruh Sağlığı, İş Hayatı ve Ekonomi
  - Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İşyerine Taşınması
  - Ruh Sağlığı Ekonomisi
- Teknoloji ve Ruh Sağlığı
- Peki, ya Ruh Sağlığı Uzmanının Durumu?
- Kapsamlı ve Büyük Bir Sistem


© Lucille Clerc/Illustration (USA) Inc.

## #ÖzlüSözler

"John Hinckley'in hayatının geri kalanında bir tehdit olacağını düşünüyorum. O bir saatli bomba."
ABD Avukatı, 1982

"Hiç şüphesiz, [John Hinckley] gezegendeki en az tehlikeli kişidir."
John Hinckley'in Avukatı, 2003

# Yasalar ve Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı mesleği üzerinde özellikle iki sosyal kurumun güçlü bir etkisi vardır: yasama ve yargı sistemleri. Bu kurumlar -toplu olarak *hukuk alanı*- hem kamu yararını hem de bireylerin haklarını korumaktan uzun süredir sorumludur. Bazen hukuk alanı ile ruh sağlığı alanı arasındaki ilişki dostane olur ve bu iki alandaki kişiler sorunlu insanların ve genel olarak toplumun haklarını korumak ve ihtiyaçlarını karşılamak için birlikte çalışırlar. Bazı zamanlar ise bu iki alan arasında çatışma yaşanır ve bir alan diğerine kendi isteğini dayatmaya çalışır.

Bu ilişkinin iki farklı yönü vardır. Bir yandan akıl sağlığı uzmanları, suçla itham edilen kişilerin akli dengesini değerlendirmek için mahkemelere yardım etmek üzere çağrılarak cezaya yönelik adalet sisteminde sıklıkla rol alırlar. Akıl sağlığı uzmanları bu çağrıya, Hinckley davasında ve göreceğiniz üzere pek çok diğer davada cevap vermişlerdir. İlişkinin bu yönü bazen *hukukta psikoloji* olarak anılır yani klinik uygulamacılar ve araştırmacılar hukuk sistemi içinde bizzat çalışırlar. Öte yandan ilişkinin *psikolojide hukuk* denebilecek başka bir yönü daha vardır. Yasama ve yargı sistemleri, klinik alanda hareket ederek ruh sağlığı ve bakımının belirli yönlerini de düzenler. Örneğin mahkemeler bazı kişileri, istemeseler bile tedavi görmeye zorlayabilir. Ayrıca kanun hastaların haklarını korur.

Ruh sağlığı alanı ile hukuk ve yargı sistemleri arasındaki kesişmeler topluca **adli psikoloji** alanı kapsamına girer (Neal, 2018). Adli psikologlar veya psikiyatristler (veya ilgili ruh sağlığı uzmanları); mahkemelerde ifade vermek, görgü tanığının ifadesinin güvenilirliğini araştırmak veya polisin serbest dolaşan bir seri katilin kişiliğinin profilini çizmesine yardımcı olmak gibi çeşitli faaliyetlerde bulunabilirler.

## Klinisyenler Ceza Adalet Sistemini Nasıl Etkiler?

Mahkemelerin adil ve uygun cezalara varmak için sanıkların işledikleri suçlardan *sorumlu* olup olmadıklarını ve kendilerini mahkemede *savunabilecek durumda* olup olmadıklarını bilmeleri gerekir. Aksi takdirde sanıkları suçlu bulmak veya olağan şekilde cezalandırmak uygun olmaz. Mahkemeler, bazı durumlarda ciddi *zihinsel dengesizlik* yaşayan kişilerin eylemlerinden sorumlu olamayabileceğine veya mahkemede kendilerini savunamayacak durumda olabileceklerine ve bu nedenle olağan şekilde cezalandırılmamaları gerektiğine karar vermiştir. Akli dengesizlik konusunda nihai kararı mahkemeler verse de, kararları büyük ölçüde ruh sağlığı uzmanlarının görüşleri tarafından yönlendirilir.

Suç işlemekle itham edilen kişilerin akli dengesinin yerinde olmadığına karar verildiğinde genellikle tedavi edilmek üzere akıl hastanesine gönderilirler, buna **cezai sorumluluk** adı verilir. Aslında cezai sorumluluğun çeşitli biçimleri vardır. Birinde, insanlar *suç işledikleri sırada* akli dengesi yerinde değil ve suçsuz olarak değerlendirilir. **Akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz (not guilty by reason of insanity)** olduklarını iddia edebilirler ve iddialarını desteklemek için akıl sağlığı uzmanlarını mahkemeye getirebilirler. Kişiler bu temelde suçsuz bulunduğunda salıverilmek için yeterince iyileşene kadar tedavi altına alınırlar.

Cezai sorumluluğun bir diğer biçiminde, insanlar *yargılandıkları sırada* akli dengesi yerinde olmadığı şeklinde değerlendirilir ve bu nedenle yargılama prosedürlerini anlayamadıkları ve mahkemede kendilerini savunamayacakları kabul edilir. Mahkemeye çıkmaya yeterli hale gelene kadar tedavi altına alırlar. Bir kez daha ruh sağlığı uzmanlarının tanıklığı, sanığın psikolojik işleyişini belirlemeye yardımcı olur.

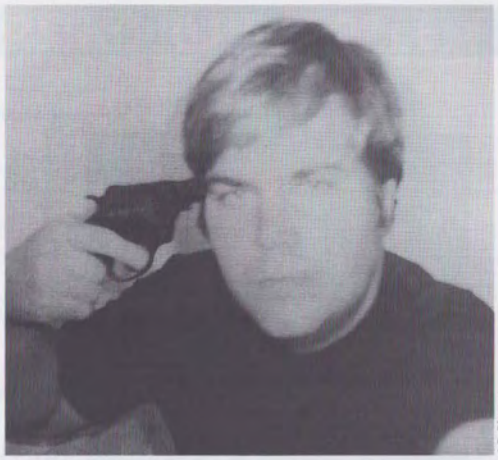
Bu akli dengesizliğe ilişkin verilen yargısal kararlar birçok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Bazı insanlar bu yargıların, suçluların suçları için gerekli cezalardan kaçmalarına izin veren yasal sistemdeki boşluklar olduğunu düşünmektedir. Bazıları ise bir hukuk sisteminin, akıl sağlığının yerinde olmaması gibi hafifletici koşullara izin vermediği sürece adil olamayacağını savunmaktadır. Cezai sorumluluk uygulaması ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu bölümde öncelikle bunun Amerika Birleşik Devletleri'nde nasıl çalıştığını göreceksiniz. Her ülkenin kendine özgü ilke

**adli psikoloji** Psikolojinin, psikolojik uygulama ve araştırma ile yargı sistemi arasındaki kesişmelerle ilgilenen dalı. Ayrıca adli psikiyatri alanıyla da ilgilidir.

**cezai sorumluluk** Bir suçla itham edilen kişinin bunun yerine akli dengesinin yerinde olmadığına karar vererek bir tedavi tesisine gönderildiği yasal süreç.

**akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz (NGRI)** Sanıkların suç anında akli dengesi yerinde olmadığı için suç işlemediklerini belirten karar.

ve prosedürleri farklılık gösterse de çoğu ülke burada okuyacağınız aynı sorunlar, endişeler ve kararlarla boğuşmaktadır.


AP Photo

**suikastçı olabilir** Çok az mahkeme kararı, jürinin Başkan Ronald Reagan'ı vurma eyleminde yakalanan John Hinckley'nin akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçlu olmadığına dair kararı kadar tartışma yaratmış veya yasama eylemini teşvik etmiştir.

**Suçun İşlendiği Sırada Cezai Sorumluluk ve Akıl Sağlığının Yerinde Olmaması** John Hinckley vakasını bir kez daha düşünün. Hinckley, ABD başkanını vurduğunda akıl sağlığı yerinde değil miydi? Eğer öyleyse eylemlerinden sorumlu tutulmalı mıydı? 21 Haziran 1982'de, ülkenin başkentinde dört kişiyi vurduktan on beş ay sonra bir jüri Hinckley'i akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz ilan etti. Böylece Hinckley, 1835'te Andrew Jackson'a ateş eden boyacı Richard Lawrence'a ve 1912'de eski başkan Teddy Roosevelt'i vuran ve akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz ilan edilen muhtemel suikastçı ve barmen John Schrank gibi insanların arasına katılmış oldu.

"Akıl sağlığının yerinde olmaması" durumunun aslında *yasal* bir terim olduğunu kabul etmek önemlidir (Brown, 2018; Hallevy, 2017). Yani ceza davalarında kullanılan "akıl sağlığının yerinde olmaması" tanımı klinisyenler tarafından değil, kanun koyucular tarafından yazılmıştır. Sanıkların zihinsel bozuklukları olabilir ancak yasal bir akıl sağlığı yerinde değil tanımı için gerekli niteliklere sahip olmayabilirler. Akıl sağlığının yerinde olmamasının modern Batılı tanımları, 1843'te İngiltere'de Daniel M'Naghten'in cinayet davasına kadar gidebilir. M'Naghten, İngiltere başbakanı Robert Peel'i vurmaya çalışırken, başbakanın sekreteri Edward Drummond'u vurarak öldürdü. M'Naghten'in bariz işkence sanrıları nedeniyle jüri onu akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz buldu. Halk, bu karara çok öfkelendi ve onların öfkeli haykırışları İngiliz lordlarını akıl sağlığı yerinde olmama durumunun savunmasını daha net tanımlamaya zorladı. **M'Naghten testi** veya **M'Naghten kuralı** olarak bilinen bu yasal tanım, suçun gerçekleşmesi esnasında zihinsel bir bozukluğun olmasının tek başına kişinin akıl sağlığının yerinde olmadığı anlamına gelmeyeceğini, davalının *doğruyla yanlışı ayırt edememesi* de gerektiğini vurgulamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyalet ve federal mahkemeler de bu testi benimsemiştir.

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde M'Naghten kuralından memnun olmayan bazı eyalet ve federal mahkemeler, bu sefer farklı bir testi benimsedi -**karşı konulmaz dürtü testi**. İlk kez 1834'te Ohio'da kullanılan bu test, kişinin o esnada eylemlerini tam olarak kontrol edemediğini vurgulamaktaydı. Kendini kaybederek veya hiddete kapılarak bir "cinnet hâli" altında suç işleyen bir kişi bu teste göre akli dengesi yerinde değildi ve suçsuz olarak kabul ediliyordu.

Eyalet ve federal mahkemeler, suçlu sanıkların akıl sağlığını değerlendirmek için yıllarca M'Naghten testi ile karşı konulmaz dürtü testi arasında bir seçim yapmak durumunda kalmıştır. Hatta bir süre için **Durham testi** adı verilen üçüncü bir test de popüler olmuş ancak kısa süre sonra çoğu mahkemede diğer testler tercih edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1954'te, Durham davasında Yüksek Mahkeme tarafından verilen bir karara dayanan bu test temelde, insanların "yasadışı eylemleri akıl hastalığı veya akıl kusurunun ürünüyse" cezai olarak sorumlu olmadığını ifade etmektedir. Bu test, mahkeme kararlarında daha fazla esneklik sunmayı amaçlıyordu ancak aşırı esnek olduğu da ortaya konulmuştur. Akıl hastalığı savunmaları, DSM-I'de (Covey, 2017) psikofizyolojik bozukluklar olarak listelenen alkolizm veya diğer madde kötüye kullanımı ve hatta baş ağrısı veya ülser gibi sorunlara işaret edebiliyordu.

1955'te Amerikan Hukuk Enstitüsü (ALI), M'Naghten, karşı konulmaz dürtü ve Durham testlerinin özelliklerini birleştiren bir test hazırlamıştır. **Amerikan Hukuk Enstitüsü testi**, insanların bir suç anında doğruyu yanlıştan ayırmalarını veya kendilerini kontrol etmelerini ve yasalara uymalarını engelleyen bir zihinsel bozukluğu veya kusuru varsa kişilerin cezai olarak sorumlu olmadığına karar vermiştir. Bir süre için bu yeni test, en yaygın yasal akıl hastalığı testi hâline gelmiştir. Ancak Hinckley kararından sonra "liberal" Amerikan Hukuk Enstitüsü ilkeleri konusunda kamuoyunda bir isyan ortaya çıkmış ve insanlar daha katı standartlar talep etmişlerdir.

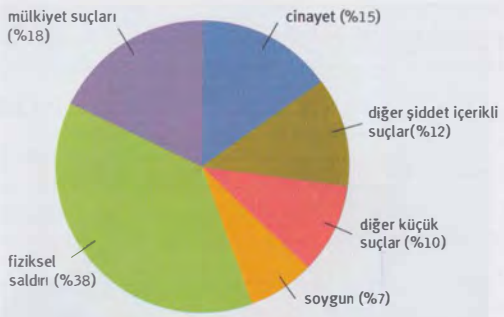
Bu isyana kısmen yanıt olarak Amerikan Psikiyatri Birliği 1983'te insanların *ancak* suç anında doğruyu yanlışı bilmedikleri takdirde akıl hastalığı nedeniyle suçsuz bulunmalarını tavsiye etmiştir, kendini kontrol edememe ve yasalara uymama, artık bir akıl hastalığı kararı için yeterli gerekçe olmamalıdır. Kısacası Amerikan Psikiyatri Birliği M'Naghten testine geri dönülmesi çağrısında bulunmuştur. Bu test artık

**M'Naghten testi** Bir ruhsal bozukluk nedeniyle kişinin eyleminin doğasını bilmiyorlarsa veya doğruyu yanlışı ayırt edemiyorlarsa insanların suç işledikleri sırada akıl sağlığının yerinde olmadığına karar veren yasal bir test.

**karşı konulmaz dürtü testi** Kontrol edilemeyen bir "öfke nöbeti" nedeniyle insanların suç işledikleri sırada akıl sağlığının yerinde olmadığına karar veren yasal bir test.

**Durham testi** İnsanların bir suç işledikleri anda eylemleri zihinsel bir bozukluğun sonucuysa akıl sağlığının yerinde olmadığını gösteren yasal bir test.

**Amerikan Hukuk Enstitüsü testi** Bir akıl hastalığı nedeniyle doğruyu yanlışı ayırt edememeleri veya kontrol edilemeyen bir hareket etme dürtüsüne direnememeleri durumunda, insanların suç işledikleri sırada akıl sağlığının yerinde olmadığına karar veren yasal bir test.




FİGÜRE 16-1

## İnsanların Akıl Sağlığı Yerinde Olmadığı İçin Suçlu Bulunmadığı Suçlar (NGRI)

Bazı eyaletlerde NGRI kararlarına ilişkin incelemeler, bu nedenle beraat eden kişilerin çoğunun şiddet içeren bir suçla suçlandığını gösteriyor. (Bilgi: Melton ve diğerleri, 2017, 2007; Perlin, 2017; Steadman ve diğerleri, 1993; Callahan ve diğerleri, 1991)

federal mahkemelerde görülen tüm davalarda ve eyalet mahkemelerinin yaklaşık yarısında kullanılmaktadır. Daha liberal Amerikan Hukuk Enstitüsü testi, akıl hastalığı savunmasını neredeyse tamamen kaldıran Idaho, Kansas, Montana ve Utah hariç, geri kalan eyalet mahkemelerinde hâlâ kullanılmaktadır.

Kafa karışıklığının önemli bir özellik olduğu ciddi ruhsal bozukluklardan muzdarip kişiler, doğruyu yanlışı ayırt edemeyebilir veya davranışlarını kontrol edemeyebilir. Bu nedenle, akıl hastalığı nedeniyle bir suçtan beraat eden sanıkların yüzde 80'inden fazlasının şizofreni veya başka bir psikoz türü teşhisine uygun olması şaşırtıcı değildir (Melton ve diğerleri, 2017, 2007). Bu beraat eden sanıkların çoğunun hastaneye yatış, tutuklanma veya her ikisine ilişkin geçmişi vardır. Akıl hastalığından beraat edenlerin yaklaşık yarısı beyaz ve yüzde 86'sı erkektir ve yaş ortalaması 32'dir. Sanıkların akli dengesi yerinde olmadığı için suçsuz bulunduğu suçlar, yaklaşık yüzde 70'i bir tür şiddet suçu olmasına rağmen büyük ölçüde değişmektedir. Beraat edenlerin en az yüzde 15'i özellikle cinayetle suçlanmaktadır (bk. **Şekil 16-1**).

### AKIL HASTALIĞI SAVUNMASI HANGİ ENDİŞELERİ ARTIRMAKTADIR?

Akıl hastalığı kriterlerindeki değişikliklere rağmen akıl hastalığı savunmasına yönelik eleştiriler devam etmektedir (Krauss vd., 2018; Perlin, 2017). Bir endişe, hukuk ile insan davranışı bilimi arasındaki temel farktır. Hukuk, bireylerin özgür iradeye sahip olduğunu ve genellikle eylemlerinden sorumlu olduklarını varsayar. Buna karşılık çeşitli insan davranışı modelleri; fiziksel veya psikolojik güçlerin bireyin davranışını belirlemek için hareket ettiğini varsayar. Bu durumda akıl hastalığı ve sorumluluğun yasal tanımları, kaçınılmaz olarak klinik araştırmalar tarafından önerilenlerden farklı olacaktır.

İkinci bir eleştiri, anormal davranış hakkındaki bilimsel bilginin belirsizliğine işaret etmektedir. Tipik bir akıl hastalığı savunması davası sırasında savunma klinisyenlerinin tanıklığı, savcılık tarafından işe alınan klinisyenlerin tanıklığıyla çelişir ve bu nedenle jüri, değerlendirmelerinde aynı fikirde olmayan "uzmanların" iddialarını tartmalıdır (Krauss ve diğerleri, 2018). Bazı insanlar, bu mesleki çatışmayı, bazı alanlardaki klinik bilgilerin önemli yasal kararları etkilemesine izin verilmeyecek kadar eksik olabileceğinin kanıtı olarak görmektedir. Buna karşın bazı insanlar ise alanın büyük adımlar attığını öne sürmektedir. Örneğin klinisyenlerin, M'Naghten kuralında tanımlandığı gibi akıl sağlığı yerinde olan ile akıl sağlığı yerinde olmayan arasında daha tutarlı bir ayrım yapmasına yardımcı olmak için çeşitli psikolojik ölçekler geliştirmesi (Brown, 2018; Melton ve diğerleri, 2017, 2007).

Bununla birlikte, ellerinde yararlı ölçekler olsa bile, yasal akıl hastalığı hakkında karar veren klinisyenler üstesinden gelinmesi zor bir sorunla karşı karşıyadır: Sanığın haftalar, aylar veya yıllar önce gerçekleşen bir olay sırasındaki ruh hâlini değerlendirmek zorundalardır. Zihinsel durum zaman içinde ve durumlar arasında değişebildiğinden ve değiştiğinden, klinisyenler suç anındaki zihinsel dengesizlik değerlendirmelerinin doğru olduğundan asla tam olarak emin olamazlar.

Akıl hastalığı savunmasına ilişkin belki de en yaygın eleştiri, suçluların cezadan kaçmasına izin vermesidir. Kabul edelim ki akıl hastalığı sayesinde beraat eden bazı insanlar, beraatlerinden sadece aylar sonra tedavi tesislerinden taburcu olabilmektedir. Ancak bu tür vakaların sayısı oldukça azdır (MHA, 2018; Melton ve diğerleri, 2017, 2007; Steadman ve diğerleri, 1993; Callahan ve diğerleri, 1991). Anketlere göre toplum, akıl hastalığı iddiasında bulunan sanıkların yüzdesini çarpıcı biçimde abartmakta ve %30 ila 40 olduğunu tahmin etmektedir oysa aslında %1'den bile azdır. Ayrıca, bu sanıkların yalnızca küçük bir kısmı psikolojik belirtilerini uydurmakta veya abartmaktadır ve akıl sağlığının yerinde olmadığını iddia edenlerin yalnızca %26'sı bu temelde suçsuz bulunmaktadır. Sonuç olarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki her 400 sanıktan 1'inden azı akıl hastalığı nedeniyle suçsuz bulunmaktadır (bk. ***Psikolojik Gözlem***). Sanıkların akıl hastalığı nedeniyle beraat ettiği davaların %80'inde savcılığın savunmanın uygunluğunu kabul ettiğini de belirtmekte fayda vardır (Gardner, Murrie ve Torres, 2018; MHA, 2018).

#

## #SonrasındaNeOldu

Daniel M'Naghten 1843'te akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz olduğuna karar verilen M'Naghten, 22 yıl boyunca ölümüne kadar bir akıl hastanesinde yaşadı.

John Hinckley 1982'de akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçlu olmadığına karar verilen Hinckley, 2016'da federal bir yargıç tarafından serbest bırakılıncaya kadar bir akıl hastanesinde yaşadı.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

## Ünlü Akıl Hastalığı Savunması Vakaları

Mahkemede akli dengesi yerinde olmadığı için suçsuz olduğunu savunma durumu nadiren kullanılsa da tarihin en ünlü davalarından bazıları bu savunma stratejisini öne çıkarmıştır. John Hinckley (bk. sayfa 497) ve Andrea Yates'in (bk. sayfa 372) vakalarını zaten okudunuz. İşte diğer bazı ünlü akıl hastalığı savunması vakaları:

**1977** Michigan'da Francine Hughes, kocasının sarhoş bir hâlde yattığı yatağın etrafına benzin döktü. Sonra bir kibrit yaktı ve onu ateşe verdi. Duruşmasında kocasının 14 yıl boyunca kendisini defalarca dövdüğünü ve eğer kocasını terk etmeye kalkışırsa onu öldürmekle tehdit ettiğini dile getirdi. Jüri, akıl hastalığı nedeniyle Hughes'ı suçsuz buldu ve Hughes ülke çapında istismara uğrayan birçok kadın için bir sembol hâline geldi.

**1978** New York'ta seri katil olan David "Sam'in Oğlu" Berkowitz, havlayan bir köpeğin kendisine öldürmesi için şeytani mesajlar gönderdiğini söyledi. İki psikiyatrist onu psikotik olarak değerlendirse de Berkowitz işlediği suçlardan suçlu bulundu. Duruşmasından çok sonra sanrılan gerçekten uydurduğunu dile getirdi.

**1979** Hillside Strangler olarak bilinen çiftten biri olan Kenneth Bianchi, akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olduğunu iddia etti ancak 1977'nin sonlarında ve 1978'in başlarında Los Angeles bölgesinde kuzeniyle birlikte kadınlara cinsel saldırıda bulunmak ve kadınları öldürmekten suçlu bulundu. Bianchi birden fazla kişiliğe sahip olduğunu iddia etti.

**1980** Aralık'ta Mark David Chapman, John Lennon'u öldürdü. Chapman daha sonra rock müzik efsanesini, Lennon'un "satılmış" biri olduğuna inandığı için öldürdüğünü açıkladı. Akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olduğunu ileri sürerek Tanrı'nın sesini duyduğunu da anlatmış ve kendisini Musa'ya benzetmiştir. Chapman cinayetten hüküm giydi.

**1992** Milwaukee'de 31 yaşındaki toplu katliamcı olan Jeffrey Dahmer, 15 genci öldürmekten yargılandı. Dahmer kurbanlarından bazılarına ilaç verdi, üzerlerinde ilkel lobotomiler yaptı, vücutlarını parçaladı ve yemek üzere parçalarını sakladı. Akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olduğunu savunmasına rağmen jüri onu suçlu buldu. Dahmer, 1995 yılında kaldığı hapishanede başka bir mahkûm tarafından dövülerek öldürüldü.

**1994** 23 Haziran 1993'te yirmi dört yaşındaki Lorena Bobbitt, kocasının penisini, o uyurken 30 cm'lik bir mutfak bıçağıyla kesti. Duruşması sırasında savunma avukatları, John Bobbitt tarafından yıllarca taciz edildikten sonra kansının kısa bir psikotik atak geçirdiğini ve kocası ona tecavüz ettikten sonra penisini kesmek için "karşı konulmaz bir dürtü" tarafından ele geçirildiğini savundu. 1994 yılında jüri, akıl hastalığı nedeniyle Bobbitt'i suçsuz buldu. Bobbitt önce akıl hastanesine yatırıldı ve birkaç ay sonra serbest bırakıldı.

**2011** 2002'de Brian David Mitchell, Elizabeth Smart adında 14 yaşındaki bir genci evinden kaçırdı ve dokuz ay boyunca kurtarılana kadar onu esir tuttu. Yıllar süren duruşma ertelemelerinden sonra Mitchell 2010 yılında bu suçu işlerken sanrıları ("Tanrı'dan gelen vahiyler") olduğunu söyleyerek akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olduğunu iddia etti. Jüri onu 2011 yılında adam kaçırmaktan suçlu buldu ve şartlı tahliye olmaksızın ömür boyu hapis cezasına çarptırdı.

**2015** 2012 yılında, 25 yaşında bir sinirbilim doktora öğrencisi olan James Holmes, Colorado, Aurora'da bir sinemaya girdi ve sinemaseverlerin üzerine ateş açarak 12 kişinin ölümüne ve 20 kişinin yaralanmasına neden oldu. Tutuklandıktan sonraki aylarda, daha önce hiç sabıka kaydı olmayan Holmes, üç kez kendini öldürmeye çalıştı. Holmes, akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olduğunu iddia etti ancak jüri 2015 yılında onu cinayetten suçlu buldu ve şartlı tahliye olmaksızın ömür boyu hapse mahkûm etti.



AP Photo/Denver Post, RJ Sangosti

**savunma reddedildi** James Holmes, Aurora kasabasında 12 sinemaseveri öldürüp 20 kişiyi yaraladıktan birkaç gün sonra 2012'de, Colorado'da bir mahkeme salonunda oturuyor. 2015'te bir jüri, Holmes'ün akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuzluğunu reddetti ve bunun yerine onu cinayet ve cinayete teşebbüsten suçlu buldu.

**2017** 2014'te 12 yaşındaki iki kız, bazı İnternet kullanıcılarının günlük yaşamlarında gördükleri ve korktukları şeyleri bildirdiği efsanevi bir "sıska adam" olan Slender Man'i sakinleştirmeye ve etkilemeye çalıştıklarını söyleyerek bir sınıf arkadaşlarını defalarca bıçakladı. 2017'de ayrı ayrı görülen davalarda, saldırganların her biri kasten adam öldürmeye teşebbüsten suçlarını kabul etti ancak iki davada da saldırganların saldırı sırasında akıl hastası olduklarını kabul edildi ve hapis yerine bir akıl hastanesinde uzun süreli tedaviye gönderildiler.

ABD tarihinin çoğu boyunca başarılı bir akıl hastalığı savunması uzun süreli hapis cezasına eş değerdi. Aslında, bir akıl hastanesinde tedavi ortalama olarak aynı suç için hapis cezasının getireceği sürenin iki katı kadar bir hapis ile sonuçlanmıştır (Perlin, 2017). Hastaneye yatış, neredeyse hiç iyileşme sağlamadığı için klinisyenler suçluların suçlarını tekrarlamayacaklarını tahmin etmekte isteksizlerdir.

Fakat bugün, suçlular akıl hastanelerinden daha erken tahliye edilmektedir. Bu eğilim, kurumlarda ilaç tedavisinin ve diğer tedavilerin artan etkinliğinin, uzayan akıl hastanesine yatışlara karşı artan tepkinin ve hasta haklarına daha fazla önem verilmesinin bir sonucudur (Gowensmith ve diğerleri, 2017). 1992'de *Foucha v. Louisiana*



AP Photo/Douglas D. Pizac

**"Etkili bir şekilde göz boyayan psikopat"** 2002'de Brian David Mitchell, Elizabeth Smart adlı 14 yaşındaki bir genci evinden bıçaklayarak kaçırdı ve dokuz ay sonra kurtarılana kadar onu esir tuttu. Yakalanmasının ardından yedi yıl boyunca Mitchell yargılanmak için yetersiz olarak ilan edildi. Son olarak 2010 yılında, bir federal mahkeme yargıcı, onu "etkili bir şekilde göz boyayan psikopat" olarak nitelendirdi ve mahkemeye çıkarılmasını planladı. Mitchell, adam kaçırma suçundan suçlu bulundu ve akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz olduğuna ilişkin savunmasına rağmen ömür boyu hapis cezasına çarptırıldı.

davasında ABD Yüksek Mahkemesi, akıl hastanesine kaldırılan suçluların serbest bırakılmasında kabul edilebilir tek kriterin, onların "akıl sağlığının yerinde" olup olmadığını belirlemek olduğunu açıkladı, bu kişiler sadece tehlikeli oldukları için akıl hastanelerinde süresiz olarak tutulamazlar. Bazı eyaletler, hastanelerden salıverilmelerinden sonra bile suçlular üzerinde kontrolü elinde tutabilmektedir. "Ayaktan tedavi sözleşmesi" adı verilen bir prosedürü benimseyen eyaletler, toplum temelli tedaviler konusunda ısrar edebilir, hastaları yakından izleyebilir ve gerekirse yeniden hastaneye yatırabilir (Corring ve diğerleri, 2018; Gowensmith ve diğerleri, 2017).

**Hastalar hastaneye suçlu olarak yatırıldıktan sonra klinisyenler neden bu kişilerin daha sonra aynı suçu tekrar işlemeyeceklerini beyan etmekte tereddüt edebilirler?**

**BAŞKA HANGİ TÜR KARARLAR VAR?** Son kırk yılda en az 20 eyalet başka bir karar seçeneği daha ortaya attı -**suçlu ama akıl hastası**. Bu kararı alan sanıkların, suçları sırasında zihinsel bir hastalığı olduğu ancak hastalığın suçla tam olarak ilişkili veya suçtan sorumlu olmadığı tespit edildi. Suçlu ama akıl hastası seçeneği, jüri üyelerinin tehlikeli gördükleri bir kişiyi mahkum etmelerini sağlarken, aynı zamanda bireyin gerekli tedaviyi almasını önerir. Suçlu olduğu tespit edilen ancak akıl hastası olan sanıklara, gerekirse tedavi görmeleri tavsiyesi ile birlikte hapis cezası verilir.

Bu karar seçeneği başlangıçtaki coşku ile karşılansa da sonrasında hukuk ve klinik kuramcılar bu seçeneği giderek yetersiz buldular. Araştırmalara göre bu karar, akıl hastalığı nedeniyle suçsuz olanların sayısını azaltmamış ve çoğu zaman jüri üyelerinin kafasını karıştırmıştır (MHA, 2018; Bartol ve Bartol, 2015). Ek olarak eleştirmenlerin işaret ettiği gibi karar ne olursa olsun, tüm mahpuslar için uygun zihinsel sağlık hizmetinin zaten mevcut olması gerekmektedir. Yani suçlu ama akıl hastası olduğuna dair hüküm, suçlu hükmünden sadece ismen farklı olabilir.

Bazı eyaletler, bir sanığın zihinsel işlev bozukluğunun mahkemenin kesin suçu belirlerken dikkate alması gereken hafifletici bir neden olarak görüldüğü, *kapasitesi kısıtlı suçlu* olarak ifade edilen bir diğer savunma türüne izin vermektedir (ABA, 2018, 2017; Slovenko, 2011). Savunma avukatı, zihinsel işlev bozukluğu nedeniyle sanığın belirli bir suçu işlemeye *kastının* olamayacağını savunmaktadır. Bu durumda kişi, birinci dereceden cinayet (planlı cinayet) yerine, örneğin adam öldürme (kasıtsız yasa dışı öldürme) gibi daha hafif bir suçtan suçlu bulunabilir. 1978'de San Francisco Belediye Başkanı George Moscone ve Şehir Denetçisi Harvey Milk'i vuran ve öldüren Dan White'ın ünlü davası, bu kararın kullanımına örnek teşkil etmektedir.

*Savunma avukatı Douglas Schmidt, Dan White gibi vatansever, yurttaşlık bilincine sahip bir adamın -lisede sporcu, madalyalı savaş gazisi, eski itfaiyeci, polis ve şehir müfettişi- içinde bir şeyler kırılmadıkça böyle bir eylemde bulunamayacağını savundu. Ölenlerin kafasına yapılan son iki atışın acımasız doğası, White'ın aklını kaybettiğini kanıtlar nitelikteydi. White, "kısıtlı kapasitesi" nedeniyle acı çektiği için eylemlerinden tam olarak sorumlu değildi. White, Belediye Başkanı George Moscone ve Denetçi Harvey Milk'i öldürmesine rağmen eylemlerini planlamamıştı. Vurduğu gün, White zihinsel olarak öldürmeyi planlamaktan hatta böyle bir şey yapmayı istemekten dahi âcizdi.*

*Adli psikiyatri camiasında iyi tanınan, San Francisco California Üniversitesi Hastings Hukuk Okulunda hukuk ve psikiyatri profesörü olan Martin Blinder, White'ın savunmasına iyi bir akademik prestij kazandırdı. Blinder jüriye, White'ın "abur cuburla midesini tıka basa doldurduğunu: Twinkies, Coca-Cola... Ne kadar çok abur cubur tükettiyse o kadar kötü hissettiğini ve giderek büyüyen depresyonuna daha fazla abur cubur tüketerek yanıt verdiğini" açıklamıştı. Schmidt daha sonra Blinder'dan bu konuyu detaylandırıp daha da açmasını istedi. Blinder, "Belki de bu abur cubur yemeseydi, bu cinayetler olmayabilirdi." diye yanıtladı. O andan itibaren Blinder, Twinkie savunmasının yazarı olarak tanındı...*

*Dan White sadece kasten adam öldürmekten suçlu bulundu ve yedi yıl sekiz ay hapis cezasına çarptırıldı. (6 Ocak 1984'te şartlı tahliyeyle serbest bırakıldı.) Psikiyatrik tanıklık, jüriyi White'ın George Moscone veya Harvey Milk'i öldürmek istemediğine ikna etti.*

*Karara yürüyerek, bağırarak, belediye binasını dağıtarak ve polis arabalarını yakarak yanıt veren öfkeli kalabalık büyük ölçüde eş cinsellerden oluşuyordu. Eş cinsel denetçi Harvey Milk,*

## # TakipEt

1984 yılında hapishaneden serbest bırakılan Dan White, 1985 yılında intihar ederek öldü.




Bill Nation

**Adalet yerini buldu mu?** Dan White, 1978'de Belediye Başkanı George Moscone ve ülkenin önde gelen gey aktivistlerinden biri olan Denetçi Harvey Milk'in öldürülmesinde kasten öldürmekten ziyade isteyerek adam öldürmekten mahkûm edildikten sonra San Francisco'da insanlar kitlesel protestolar düzenlediler. Karar, "kapasitesi kısıtlı" savunmasının ciddi tuzaklarına dikkat çekti ve kullanımında önemli bir düşüşe yol açtı.

*davası için çok iyi çalışmıştı ve onun kaybı, San Francisco'daki insan hakları için ciddi bir gerileme oldu. Ancak sonuçtan dehşete düşenler sadece gey topluluğunun üyeleri değildi. San Fransiskoluların çoğu öfkelerini dile getirdi.*

*(Coleman, 1984, s. 65-70)*

Muhtemel hukuki hatalar nedeniyle birçok hukuk uzmanı "kısıtlı kapasite" savunmasına karşı çıkmıştır. Dan White kararından kısa bir süre sonra Kaliforniya da dâhil olmak üzere bazı eyaletler bu kararı ortadan kaldırmıştır (MHA, 2018).

**CİNSEL SUÇLULARIN STATÜLERİ NELERDİR?** Michigan'ın ilk "cinsel psikopat" yasasını çıkardığı 1937'den beri bazı eyaletler cinsel suçluları özel bir yasal kategoriye yerleştirmiştir (Lewis ve Dwyer, 2018; Sanders, 2016). Bu eyaletler, cinsel suçlardan defalarca suçlu bulunanlardan bazılarının zihinsel bir bozukluğu olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle eyaletler onları *zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular* olarak sınıflandırmaktadır.

Bu şekilde sınıflandırılan kişiler bir suçtan hüküm giyerler ve bu nedenle eylemlerinden sorumlu olduklarına karar verilir. Bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan cinsel suçlular cezaevi yerine akıl sağlığı tesisine gönderilmektedir. Kısmen bu tür yasalar, birçok yasa koyucu tarafından bu tür cinsel suçluların psikolojik olarak rahatsız olduklarına dair bir inancı yansıtmaktadır. Uygulamada, yasalar cinsel suçluları hapishane ortamında sıklıkla maruz kaldıkları fiziksel istismardan korumaya yardımcı olur.

Bununla birlikte son yirmi yılda çoğu eyalet, zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlu yasalarını değiştirmekte veya kaldırmaktadır ve bu noktada yalnızca çok az bir kısmı hâlâ bu yasayı kullanmaktadır. Bu eğilimin birkaç nedeni vardır. İlk olarak eyalet yasaları sıklıkla kişinin zihinsel bozukluğu olan bir cinsel suçlu olarak sınıflandırılabilmesi için, kişinin tedavi için iyi bir aday olması gerektiğini beyan eder. Bu, özellikle bu popülasyon için klinisyenlerin bulunması zor olan başka bir yargıdır (Marshall ve Marshall, 2016; Marshall ve diğerleri, 2011). İkincisi, ırkçı ön yargıların sıklıkla zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlu sınıflandırmasının kullanımını etkilediğine dair kanıtlar vardır. Sanığın bakış açısına göre bu sınıflandırma hapsetmeye çekici bir alternatif olarak kabul edilir. Bu, ırksal ve etnik azınlık gruplarının üyelerinden çok Hispanik olmayan beyaz Amerikalılara sunulan bir alternatif gibidir. Hispanik olmayan beyaz Amerikalıların zihinsel bozukluğu olan seks suçlusu statüsüne sahip olma ihtimali, benzer suçlardan hüküm giymiş olan Afrikalı Amerikalıların veya Hispanik Amerikalıların zihinsel bozukluğu olan seks suçlusu statüsüne sahip olma ihtimalinin iki katıdır.

**suçlu ama akıl hastası** Sanıkların bir suç işledikleri için suçlu olduklarını ancak tutuklulukları sırasında tedavi edilmesi gereken bir akıl hastalığına sahip olduklarını belirten karar.

Ancak belki de zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlu yasalarının gözden düşmesinin başlıca nedeni, ülke genelinde artan sayıda cinsel suçlar, özellikle çocukların mağdur olduğu durumlar göz önüne alındığında eyalet yasama organlarının ve mahkemelerin cinsel suçluların hakları ve ihtiyaçları konusunda eskisinden daha az endişe duymasıdır (Feldman, 2017). Aslında 21 eyalet ve federal hükûmet, yüksek sayıdaki cinsel suçlara karşı halkın öfkesine yanıt olarak bunun yerine *cinsel şiddet gösteren sapkınlar için yasal düzenleme (veya cinsel açıdan tehlikeli kişiler için yasal düzenleme* olarak*)* kabul etmiştir (MHA, 2018). Nispeten yeni olan bu yasalar eğer mahkeme, cinsel suçlardan hüküm giymiş ve hapis cezasını çekmiş bazı cinsel suçluların "zihinsel anormallik" veya "kişilik bozukluğu" sonucu daha fazla "sapıkça cinsel şiddet eylemleri" içeren suçlar işleyeceğine hükmederse bu kişilerin tahliye edilmeden önce cezaevinden çıkarılmasını ve tedavi için zorunlu olarak akıl hastanesine gönderilmesini gerektirmektedir. (MHA, 2018). Yani cinsel suçluların hapis yerine tedavi görmelerini talep eden zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular için yasaların aksine cinsel şiddet içeren sapkınlar için düzenleme belirli cinsel suçluların hapis cezasına çarptırılmasını ve buna ek olarak bir süre zorunlu tedavi almalarını gerektirmektedir. Cinsel şiddet içeren sapkınlar düzenlemesi için yasaların anayasaya uygunluğu, 1997 yılında *Kansas v. Hendricks* davasında Yüksek Mahkeme tarafından 5'e 4'lük bir farkla onaylanmıştır.



AP Photo/Sue Ogrocki

**Yargılama Yetersizliği** Alton Nolen, 2014 yılında Oklahoma'daki bir gıda fabrikasında bir iş arkadaşının kafasını kesti ve bir başkasının daha kafasını kesmeye çalıştı. Sanık, 2017 yılına kadar yargılanamayacak durumdaydı ve bu sırada suçunu kabul etti ve ölüm cezasını talep etti.

**Cezai Sorumluluk ve Yargılama Yetersizliği** Bir suç sırasındaki ruh hâllerine bakılmaksızın, sanıkların yargılanmak için **zihinsel olarak yetersiz** olduklarına hükmedilebilir. Yeterlilik şartı, sanıkların karşı karşıya oldukları suçlamaları anlamalarını ve yeterli bir savunma hazırlamak ve yürütmek için avukatlarıyla birlikte çalışabilmelerini sağlamak içindir (Reisner ve Piel, 2018). Bu asgari yeterlilik standardı, Yüksek Mahkeme tarafından *Dusky/Amerika Birleşik Devletleri* (1960) davasında belirlenmiştir.

Savcılar, sanığı tutuklayan polis memurları hatta yargıçlar bile zaman zaman yeterlilik konusunu gündeme getirse de bu konu çoğunlukla sanık avukatları tarafından tercih edilmektedir (Judd ve Parker, 2018; Reisner & Piel, 2018). Yeterlilik konusu gündeme geldiğinde hâkim genellikle yatarak tedavi bazında psikolojik bir değerlendirme yapılmasını hükmeder (bk. **Tablo 16-1**). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 60.000 kadar yeterlilik değerlendirmesi yapılmaktadır (Faubion, 2016; Bartol ve Bartol, 2015). Böyle bir değerlendirmeye tabi tutulan sanıkların yaklaşık %20 ila 25'inin yargılanmak için yetersiz olduğu tespit edilmektedir. Mahkeme, sanığın yetersiz olduğuna karar verirse sanık, yargılanmak için yeterli hâle gelene kadar genellikle bir akıl sağlığı tesisine gönderilir.

Yargılama yetersizliğine ilişkin ünlü bir vaka Jared Lee Loughner vakasıdır. 8 Ocak 2011'de Loughner, Arizona, Tucson'daki bir alışveriş merkezinde siyasi bir toplantıya gitmiş ve 20 kişiye ateş açmıştır. ABD temsilcisi Gabrielle Giffords da dâhil olmak üzere altı kişi ölmüş ve 14 kişi yaralanmıştır. Saldırının görünen hedefi

TABLO: 16-1

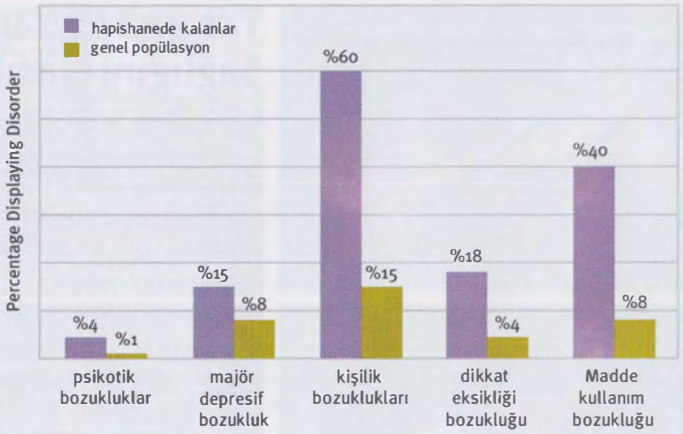
## Irk ve Adli Psikoloji

| Irksal/Etnik Azınlık Grubundakiler | Hispanik Olmayan Beyazlar |
|---|---|
| • Psikolojik olarak rahatsız olanların ve kanunları çiğneyenlerin cezaevine gönderilme olasılığı daha yüksektir. | • Psikolojik olarak rahatsız olan ve kanunları çiğneyenlerin ruh sağlığı tesislerine gönderilme olasılığı daha yüksektir. |
| • Sanıkların yargılanmak için yetersiz olarak değerlendirilmesi daha olasıdır. | • Sanıkların yargılanmak için yetersiz olarak değerlendirilmesi daha az olasıdır. |
| • Bireylerin zorun akıl hastanesine sevk edilmeleri daha olasıdır. | • Bireylerin zorunlu akıl hastanesine sevk edilme olasılığı daha düşüktür. |
| • Bireylerin istem dışı ayaktan tedaviye tabi tutulmaları daha olasıdır. | • Bireylerin istem dışı ayaktan tedaviye tabi tutulma olasılığı daha düşüktür. |

Bilgi kaynağı: Judd ve Parker, 2018; APA, 2017; Kisely ve Xiao, 2017; Fraser, 2016; NCBH, 2015; Zaejian, 2014; Swanson vd., 2009; Haroules, 2007; Pinals vd., 2004.

olan Giffords, başından vurulmasına rağmen hayatta kalmayı başarmıştır. Loughner beş haftalık psikiyatrik değerlendirmeden geçtikten sonra yargıç onun yargılanamayacak durumda olduğuna karar vermiştir. 18 ay sonra, antipsikotik ilaçlarla uzun süre tedavi edildikten sonra, Loughner yeniden değerlendirilerek yargılanmaya yeterli olduğu kanaatine varılmıştır. Nihayetinde Loughner, Kasım 2012'de cinayetten suçunu kabul etmiş ve ömür boyu hapis cezasına çarptırılmıştır.

Cezai sorumluluk vakalarının çoğu, akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmama kararlarından ziyade zihinsel yetersizlik kararlarından kaynaklanır (Kaneya, 2017; Roesch, 2016). Bununla birlikte şu anda, ABD'de psikolojik tedavi için hastaneye yatırılan suçluların çoğu bu iki gruba da dâhil değildir. Bunun yerine psikolojik sorunları cezaevi yetkililerinin ya cezaevi içindeki akıl sağlığı birimlerinde ya da akıl hastanelerinde tedaviye ihtiyaç duyduklarına karar vermelerine neden olan hükümlü mahkûmlardır (Ollove, 2017; Fazel ve diğerleri, 2016) (bk. **Şekil 16-2**) .




**ŞEKİL 16-2**

**Cezaevi ve Ruh Sağlığı**

Bazı Batılı ülkelerdeki araştırmalara göre psikolojik rahatsızlıklar cezaevi popülasyonlarında genel nüfusa göre çok daha yaygın. Örneğin şizofreni ve kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal kişilik bozukluğu) hapishanede kalanlar arasında hapishanede kalmayanlara göre dört kat daha yaygındır. (Bilgi: Stürup-Toft, O'Moore ve Plugge, 2018; NIMH,2017; Bukstein, 2016; Fazel ve diğerleri, 2016)

Yargılamaya yetersiz olduğu düşünülen masum bir sanığın, kendisine yöneltilen suçlamaları çürütme fırsatı olmadan bir akıl sağlığı tesisinde yıllarını geçirmesi de mümkündür. Aslında bazı sanıklar, mahkûm edilmiş olsalar cezaevinde alacakları cezadan daha uzun süre akıl sağlığı tesislerinde yeterlilik kararı bekleyerek bir nevi "ceza" çekmişlerdir. Böyle bir olasılık, Yüksek Mahkeme, *Jackson v. Indiana* (1972) davasında, yetersiz bir sanığın süresiz olarak suçlanamayacağına karar vermesiyle azalmıştır. Makul bir süre sonra ya yeterli bulunup yargılanmalı, serbest bırakılmalı ya da yasal prosedürler çerçevesinde mahkeme tarafından bir akıl sağlığı tesisine nakledilmelidir.

1970'lerin başına kadar çoğu eyalet, zihinsel olarak yetersiz sanıkların "suçlu deliler" sıfatıyla maksimum güvenlikli kurumlara gönderilmesini şart koşuyordu. Ancak şu anki yasalara göre mahkemeler daha fazla esnekliğe sahip. Aslında suçlamalar görece dar kapsamlıysa bu tür sanıklar genellikle ayaktan tedavi esasına tabi tutulur. Bu, genellikle hapishane yönlendirmesi olarak adlandırılan bir düzenlemedir çünkü rahatsız olan kişi ruh sağlığı bakımı için hapishaneden topluma "yönlendirilir" (Boutros, Kang ve Boutros, 2018).

## ÖZETLE...

### KLİNİSYENLER CEZA ADALET SİSTEMİNİ NASIL ETKİLER?

Ruh sağlığı uzmanları, suçla itham edilen kişilerin zihinsel istikrarını değerlendirmeye yardımcı olabilir. Sanıkların suç işledikleri sırada akli dengesinin yerinde olmadığına karar verilirse sanıklar akıl hastalığı nedeniyle suçsuz bulunup cezaevi yerine tedavi tesisine yerleştirilebilirler. Federal mahkemelerde ve eyalet mahkemelerinin yaklaşık yarısında akıl hastalığı, sanıkların bir suç eylemi sırasında eylemin niteliğini veya yanlış mı doğru mu olduğunu bilmiyorlarsa akli dengesi yerinde değil olarak kabul eden M'Naghten testine göre yargılanır. Diğer eyaletler daha kapsamlı olan Amerikan Hukuk Enstitüsü testini kullanır.

Akıl hastalığı savunması çeşitli gerekçelerle eleştirilmiş ve bazı eyaletler buna suçlu ama akıl hastası olan ek bir seçenek eklemiştir. Başka bir karar seçeneği, kısıtlı kapasite ile suçlu bulunmadır. Eyalet yasalarına bağlı olarak, cinsel suçluların zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular olarak veya daha yaygın olarak eyaletin cinsel şiddet içeren sapıklar için yasasına göre tedavi görmeleri de söz konusudur.

Suç anındaki ruh hâllerine bakılmaksızın, sanıklar yargılanmak için zihinsel olarak yetersiz bulunabilir yani karşı karşıya oldukları suçlamaları veya yasal işlemleri tam olarak anlayamayabilirler. Bu sanıklar, yargılanmaya yeterli hâle gelene kadar genellikle bir akıl hastanesine gönderilir.

**zihinsel yetersizlik** Sanıkların, karşı karşıya oldukları yasal suçlamaları ve yargılamaları anlayamamalarına ve avukatlarıyla yeterli savunma hazırlayamamalarına neden olan bir akli dengesizlik durumu.

**zorunlu tedavi** Bir kişinin ruh sağlığı tedavisine zorlanabileceği yasal bir süreç.

## Yasama ve Yargı Sistemleri Ruh Sağlığını Nasıl Etkiler?

Klinik bilim ve uygulamanın hukuk sistemini etkilemesi gibi hukuk sisteminin de klinik uygulama üzerinde büyük etkisi olmuştur. İlk olarak mahkemeler ve yasama organları, belirli kişilerin akıl sağlığı tedavisine zorlanmasına izin veren **zorunlu tedavi** sürecini geliştirmiştir. Zihinsel rahatsızlık belirtileri gösteren birçok kişi gönüllü olarak tedaviye başvursa da çok sayıda kişi sorunlarının farkında değildir veya terapi görmekle ilgilenmemektedir. Bu kişiler için zorunlu tedavi prosedürleri uygulamaya konulabilir.

İkincisi, hukuk sistemi, devlet adına tedavi sırasında hastaların haklarını koruma sorumluluğunu üstlenmiştir. Bu koruma, yalnızca zorunlu tedavi gören hastaları değil, aynı zamanda gönüllü olarak hatta ayaktan tedavi görenleri de kapsar.

### Zorunlu Tedavi

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl, zihinsel bozukluğu olan çok sayıda insan, zorunlu tedaviye gönderilmektedir. Genellikle *akıl hastanelerine* gönderilirler ancak 46 eyalette ayrıca hastaların toplum temelli tedavi programlarına zorlanmasına izin veren bir tür zorunlu *ayaktan tedavi* yasası vardır (Tabas ve diğerleri, 2017; TAC, 2017). Kanada ve Büyük Britanya'nın da benzer yasaları vardır. Zorunlu tedaviler uzun süredir tartışmalara ve anlaşmazlıklara neden olmaktadır. Yasalar, bazı yönlerden suçlu olduğundan şüphelenilen kişilere psikotik olduğundan şüphelenilen kişilere göre daha fazla koruma sağlamaktadır.

**NEDEN ZORUNLU TEDAVİ?** Genel olarak hukuk sistemimiz, *tedaviye muhtaç ve kendileri veya başkaları için tehlikeli olduğu* düşünülen kişilerin zorunlu tedavilerine izin vermektedir. İnsanlar intihara meyilliyse veya pervasızca davranıyorsa (örn. kimyasallara karşı bağışıklıkları olduğunu kanıtlamak için kanalizasyon temizleyicisi içmek) kendileri için tehlikeli olabilir. Başkalarına zarar vermeye çalışırlarsa veya istemeden başkalarını riske atarlarsa onlar için tehlikeli olabilirler. Devletin rahatsız insanları tedaviye zorlama yetkisi, bireyin ve toplumun çıkarlarını koruma görevlerine dayanmaktadır.

**ZORUNLU TEDAVİ PROSEDÜRLERİ NELERDİR?** Zorunlu tedavi yasaları eyaletten eyalete değişir. Bununla birlikte bazı temel prosedürler bu yasaların çoğunda ortaktır. Genellikle aile üyeleri zorunlu tedavi işlemlerine başlar. Çocuklarının psikotik davranışları ve diğer insanlara sürekli saldırıda bulunması sonucunda örneğin ebeveynleri onu bir akıl hastanesine yatması için ikna etmeye çalışabilir. Çocukları reddederse ebeveynler mahkemeye gidebilir ve zorunlu tedavi emri isteyebilir. Çocuk küçükse süreç basittir. Yüksek Mahkeme, yetkin bir ruh sağlığı uzmanının zorunlu tedaviyi gerekli gördüğü sürece bu tür davalarda duruşmanın gerekli olmadığına karar verir. Fakat çocuk bir yetişkinse süreç daha da karmaşıktır. Mahkeme genellikle bir zihinsel muayene ister ve genellikle bir avukat tarafından temsil edilen kişinin mahkemede zorunlu tedaviye itiraz etmesine izin verir.

Yüksek Mahkeme, bir kişinin zorunlu tedavi alabilmesi için akıl hastası olduğuna ve eyaletin zorunlu tedavi kriterlerini karşıladığına dair "açık ve ikna edici" bir kanıt olması gerektiğine karar vermiştir. Yani eyaletin kriterleri her ne ise klinisyenler kişinin bu kriterleri karşıladığına dair açık ve ikna edici kanıtlar sunmalıdır (Hille, 2017). Peki, mahkemeye göre kanıt ne zaman açık ve ikna edicidir? Zorunlu tedavi kriterlerinin karşılandığına dair yüzde 75 kesinlik sağladığında. Bu, insanları bir suç işlemekten mahkum etmek için gereken neredeyse tam kesinlikten ("makul şüphenin ötesinde") çok daha azdır.

**ACİL DURUMLARDA ZORUNLU TEDAVİ** Birçok durum acil eylem gerektirir, hayati bir tehlike söz konusu olduğunda kimse zorunlu yatış işlemlerini bekleyemez. Örneğin intihara meyilli olan veya

**"Taser çözümü"** Polis, zihinsel bozukluğu olan insanları kontrol altına almak için genellikle Taser'ları (sinir-kas kontrolünü etkileyen ve bireyleri geçici olarak etkisiz hâle getiren ser-semletici silahlar) kullanır. Memurların bu silahın etkisini anlamalarına yardımcı olmak için Los Angeles Polis Departmanı, Memur Vanessa Lopez gibi yeni askerlere eğitim sırasında bir Taser yüklemesi yapar. Akıl sağlığı savunucuları, aşırı derecede kafası karışmış veya korkmuş insanlara müdahale ederken Tasers'ı kullanmayı insanlık dışı bir müdahale olarak görüyor.




Brian van der Brug/Los Angeles Times via Getty Images

başkalarına karşı düşmanca eylemlerde bulunmasını söyleyen sesler duyan bir hastayı düşünün. Bu hastanın acil tedaviye ve 24 saat gözetim altında tutulmaya ihtiyacı olabilir. Bu gibi durumlarda hastanın tam rızası olmadan tedavi edilmezse sonuçlar trajik olabilir.

Bu nedenle birçok eyalet klinisyenlere belirli hastaların geçici olarak zorunlu tedaviye ve ilaca ihtiyaç duyduğunu onaylama hakkı verir. Geçmiş yıllarda, bu eyaletlerde bunun için iki *doktor* onayı gerekiyordu (hatta bazı eyaletler mutlaka bir psikiyatrist olmasına da gerek görmüyordu). Bugün eyaletler, diğer ruh sağlığı uzmanları tarafından da onay alınmasına izin verebilir. Klinisyenler, hastaların ruh hâllerinin onları kendileri veya başkaları için tehlikeli hale getirdiğini bildirmelidir. Gelenek olarak onaylamalara genellikle *iki doktor onayı veya 2 DO* denir. Bu tür acil durum zorunlu tedavilerin uzunluğu eyaletten eyalete değişir ancak genellikle sınır üç gündür (Frances ve Ruffalo, 2018; Hedman ve diğerleri, 2016). Klinisyenler daha uzun bir tedavi süresinin gerekli olduğunu düşünürlerse acil durum zorunlu tedavi döneminde resmi zorunlu tedavi işlemleri başlatılabilir.


AFP/Getty Images

**Kendisi için tehlikeli** İnsanların kendileri için tehlikeli olabilecekleri, tedaviye ihtiyaç duyabilecekleri ve zorunlu tedaviye tabi olabilecekleri çeşitli yollar vardır. Bu fotoğraf dizisi, iki hayvana "vaaz vermek" için dikenli bir tel çiti geçtikten sonra hayvanat bahçesinde bir aslanın saldırısına uğrayan bir adamı gösteriyor.

**KİMLER TEHLİKELİ?** Geçmişte, zihinsel bozukluğu olan kişilerin şiddet içerikli veya tehlikeli eylemlerde bulunma olasılığı diğerlerine göre daha azdı. Bu düşük şiddet oranı, görünüşe göre bu kadar çok insanın akıl hastanelerinde yatıyor olduğu gerçeğiyle ilgiliydi. Ancak akıl hastanelerinden çıkarıp topluma kazandırma hareketinin bir sonucu olarak ciddi rahatsızlıkları olan yüz binlerce insan artık toplumda yaşamaktadır ve bunların çoğu, eğer görüyorlarsa çok az tedavi görmektedirler. Bazıları gerçekten kendileri veya başkaları için tehlikelidir.

Araştırmalara göre ruhsal bozukluğu olan kişilerin büyük çoğunluğunun (yüzde 90) hiçbir şekilde saldırgan veya tehlikeli olmadığının ve tüm şiddet eylemlerinin yalnızca küçük bir yüzdesinin (yüzde 3) zihinsel bozukluğu olan kişiler tarafından gerçekleştirildiğinin açıklığa kavuşturulması önemlidir (HHS, 2017; Frances, 2016). Bununla birlikte son araştırmalar, şiddetli ruhsal bozukluğu olan kişilerin, genel nüfusa göre şiddet içeren davranışlar sergileme olasılığının biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir (Dai ve diğerleri, 2017). Şiddetle en güçlü ilişkisi olan bozukluklar ağır madde kullanım bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve psikotik bozukluklardır (Bonnet ve diğerleri, 2017; Moore ve Pfaff, 2017). Bunlardan madde kullanım bozukluğu, en etkili tek faktör gibi görünmektedir. Örneğin madde kullanım bozukluğuyla birlikte görülen şizofreni, tek başına şizofreniden şiddet ile daha güçlü bir ilişkiye sahiptir.

Rızaya dayalı olmayan zorunlu tedavi için genellikle bir *tehlikelilik* tespiti gereklidir. Ancak ruh sağlığı uzmanları kimin şiddet içeren eylemlerde bulunacağını doğru bir şekilde tahmin edebilir mi? Araştırmalar maalesef psikiyatristlerin ve psikologların şiddete ilişkin *uzun vadeli* tahminlerde bulunurken haklı olduklarından daha sık hatalı davranabildiklerini göstermektedir (Galán ve diğerleri, 2018; Miller ve Hanson, 2016). Çoğu zaman bir hastanın sonunda şiddet uygulayacağı olasılığını abartabilirler. *Kısa vadeli* tahminler yani yakın şiddete ilişkin tahminleri daha doğru olma eğilimindedir (Fazel ve diğerleri, 2017). Araştırmacılar şimdi, istatistiksel yaklaşımları kullanan ve tehlikelilik tahminlerinde klinisyenlerin öznel yargılarından daha objektif olan yeni değerlendirme teknikleri geliştirmek için çalışıyorlar ve bir miktar başarılı da oldukları söylenebilir (Ramesh ve diğerleri, 2018).

**ZORUNLU TEDAVİ İLE İLGİLİ SORUNLAR NELERDİR?** Zorunlu tedavi çeşitli gerekçelerle eleştirilmektedir (Jain, Christopher ve Appelbaum, 2018; Miller ve Hanson, 2016). Birincisi, bir kişinin tehlikeliliğini değerlendirmenin zor olmasıdır. Eğer tehlikelilik

## #DahaİyiMüdahaleler

Artık birçok polis, zihinsel bozukluğu olan kişilere müdahale ederken daha bilgili ve etkili bir şekilde tepki vermelerine yardımcı olmak için Krize Müdahale Ekibi (CIT) eğitimi alıyor. Polis, zihinsel koşullar, ilaçlar ve toplum kaynakları konusunda 40 saatlik yoğun bir eğitimden geçiyor ve sözlü gerilimi azaltma becerilerini geliştiriyor. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm polis yetki alanlarının yüzde 15'inde sunulan 2.800 CIT programı var (NAMI, 2018; Lucas, 2016).

**tedavi görme hakkı** Hastaların, özellikle de uygun tedaviyi kendi istekleriyle almaya gönüllü olanların yasal hakkı.

**tedaviyi reddetme hakkı** Hastaların belirli tedavi biçimlerini reddetme hakkı.

yargıları çoğu zaman yanlışsa, insanları özgürlükten yoksun bırakmak için bu yargıların kullanılması nasıl haklı gösterilebilir? İkincisi, "akıl hastalığı" ve "tehlikeliliğin" yasal tanımları belirsizdir. Terimler o kadar geniş bir şekilde tanımlanmaktadır ki bir değerlendiricinin hoşlanmadığı hemen hemen herkese uygulanabilir. Aslında birçok sivil özgürlükçü, akıl hastanelerinin popüler olmayan siyasi görüşlere sahip insanları barındırdığı otoriter hükûmetler tarafından yönetilen ülkelerde sıklıkla yapıldığı gibi insanları kontrol etmek için rızaya dayalı olmayan zorunlu tedavinin kullanılmasından endişe duymaktadır. Üçüncü bir sorun, zorunlu tedavinin bazen sorgulanabilir terapötik değeridir. Araştırmalar, zorunlu tedavi gören birçok insanın böylesi bir tedaviye iyi yanıt vermediğini de göstermektedir.

Günümüzde hastaneye yatmış kişilere diğer insanlar nasıl bakıyor ve davranıyor?

**ZORUNLU TEDAVİ EĞİLİMLERİ** Rızaya dayalı olmayan zorunlu tedavi yasalarının esnekliği muhtemelen 1962'de zirveye ulaşmıştır. O yıl, *Robinson - California* davasında Yüksek Mahkeme, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin hapsedilmesinin Anayasa'nın insanlık dışı ceza yasağını ihlal edebileceğine karar vermiş ve daha makul bir çözüm olarak akıl hastanesinde zorunlu tedavi görmeyi önermiştir. Bu karar, birçok "sosyal sapığı" zorunlu tedaviye teşvik etmiş ve bu kişilerin pek çoğu, tedavi gördükleri hastanelerden taburcu olmanın zor olduğunu ifade etmiştir.

1960'ların sonlarında ve 1970'lerin başlarında muhabirler, romancılar, sivil özgürlükçüler ve diğerleri, pek çok insanın akıl hastanelerine haksız yere yatırılmasının bu kadar kolay olmasına karşı çıkmışlardır. Halk bu konulardan daha fazla haberdar oldukça eyalet yasama organları hastanelerin zorunlu tedavi prosedürlerine ilişkin daha katı standartlar uygulamaya başlamış ve daha önce de belirtildiği gibi mahkemelerin ağır ruhsal bozukluğu olan kişileri toplum temelli tedavilere sevk edebileceği birçok *ayaktan tedavi* programını uygulamaya geçirmiştir (Corring ve ark., 2018). Buna karşılık, zorunlu tedaviye katılım oranları düşmüş ve hastanelerden tahliye oranları artmıştır. Bugün, geçmişte olduğundan daha az insan zorunlu tedavi prosedürleriyle akıl hastanelerine yatırılmaktadır.

**hastanenin ihmali** Bazı ülkeler, tedavi ve insancıl tedavi koşulları da dâhil olmak üzere hastaların haklarına giderek daha fazla özen gösterirken bazı ülkeler, özellikle yoksul ülkeler, bu konuda geride kalmıştır. Örneğin Endonezya Hükûmeti pasung'u (akıl hastası kişilerin zincire vurulması veya yakın çevrede hapsedilmesi) 1977'de yasaklamış olsa da görünüşe göre bu uygulama bugün de devam ediyor. Jakarta'daki bir akıl hastaları merkezinin içindeki bu sahne, bu noktanın altını çiziyor.



John Stanmeyer/VII/Redux

## Hasta Haklarının Korunması

Son yirmi yılda mahkeme kararları ve eyalet ve federal yasalar, ruhsal bozukluğu olan hastaların haklarını, özellikle *tedavi görme ve tedaviyi reddetme hakkını* önemli ölçüde genişletmiştir (Tingle, 2018; Miller ve Hanson, 2016).

**TEDAVİ HAKKI NASIL KORUNMAKTADIR?** İnsanlar akıl hastanelerine yatırıldığında ancak burada herhangi bir tedavi görmediğinde bu kurumlar aslında hüküm giymemiş kişiler için hapishane hâline gelir. 1960'ların sonlarında ve 1970'lerde birçok hasta için büyük akıl hastaneleri tam olarak böyleydi ve bazı hastalar ve avukatları, devletten hastaların **tedavi hakkını** talep etmeye başladılar. 1972'de Alabama'da akıl hastanesine yatırılmış hastalar adına yürütülen bir dava olan *Wyatt - Stickney* davasında federal mahkeme, devletin anayasal olarak zorunlu olarak hastaneye yatırılan tüm insanlara "yeterli tedavi" sağlamakla yükümlü olduğuna karar vermiştir. Eyalet hastanelerindeki koşullar çok kötü olduğu için yargıç; daha fazla terapist, daha iyi yaşam koşulları, daha fazla mahremiyet, daha fazla sosyal etkileşim ve fiziksel egzersiz ile daha uygun fiziksel olarak etkisiz hâle getirme ve ilaç kullanımı dahil olmak üzere devlet yetkililerinin yerine getirmesi gereken birtakım hedefler ortaya koymuştur. Bu davadan itibaren diğer eyaletler de bu standartların çoğunu benimsemiştir.

Bir başka önemli karar da 1975 yılında Yüksek Mahkeme tarafından *O'Connor v. Donaldson* davasında verilmiştir. Kenneth Donaldson, Florida'da bir akıl hastanesinde 14 yıldan fazla bir süre tutulduktan sonra tahliye davası açmıştır. Donaldson defalarca tahliye talebinde bulunmuş

ve talepleri kurumun psikiyatristleri tarafından reddedilmiştir. Kendisi ve hasta arkadaşlarının kötü tedavi gördüklerini, personel tarafından büyük ölçüde görmezden gelindiklerini ve kişisel özgürlüklerine çok az izin verildiğini iddia etmiştir. Yargıtay Donaldson lehine karar vermiş, hastanenin başhekimine para cezası kesmiş ve bu tür kurumların hastaların durumlarını periyodik olarak incelemesi gerektiğini söylemiştir. Yargıçlar ayrıca hastalar tehlikeli değillerse ve kendi başlarına veya kendilerinden sorumlu aile üyeleri ya da arkadaşlarının yardımıyla hayatlarına devam edebiliyorlarsa devletin insanları kendi istekleri dışında hastanede yatırmaya devam edemeyeceğine karar vermiştir.

Hastaların haklarının korunmasına yardımcı olmak için Kongre, 1986'da Akıl Hastası Bireyleri Koruma ve Savunma Yasası'nı kabul etmiştir. Bu yasa, tüm eyaletlerde ve diğer ABD topraklarında *koruma ve müdafaa sistemleri* kurulmasına öncülük etmiş ve hastalar için çalışan kamu avukatlarına olası kötüye kullanımına engel olma konusunda motivasyon sağlamıştır.

Son yıllarda kamu avukatları tedavi hakkının, ağır ruhsal bozukluğu olan ve sürekli olarak hastanelerden kendilerine bakmak için yeterli donanıma sahip olmayan topluluklara salıverilen on binlerce kişiyi de kapsayacak şekilde genişletilmesi gerektiğini savunmaktalardır. Bu tür pek çok insanın gidecek yeri yoktur ve kendilerine bakamazlar, genellikle evsiz kalırlar veya hapishanelere düşerler (Allison ve diğerleri, 2017; MIP, 2017). Bazı avukatlar şimdi ülke genelinde federal ve eyalet kurumlarına dava açarak toplum ruh sağlığı hareketinin vaatlerini yerine getirmesini talep etmektedir (bk. Bölüm 12).



Don Bartletti/Los Angeles Times via Getty Images

**Tutukluların da tedavi hakkı var** San Diego County hapishanesindeki hepsi askeri gaziler olan bu mahkûmlar, öfke yönetimi ve TSSB gibi konularda gün boyu dersler alıyorlar. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok mahkûmun psikolojik rahatsızlıkları var ve Yüksek Mahkeme, tutukluluk-ları sırasında tedavi görme haklarını onayladı. Bununla birlikte hapishane sistemleri genellikle uygun bakımı sağlamak için yetersiz donanıma sahiptir.

**TEDAVİYİ REDDETME HAKKI NASIL KORUNMAKTADIR?** Son yirmi yılda mahkemeler hastaların, özellikle de hastanelerde bulunanların **tedaviyi reddetme hakkına** sahip olduğuna da karar vermiştir. Tedaviyi reddetme hakkı kararlarının çoğu *biyolojik tedaviler* üzerinedir. Bu tedaviler, hastaların iş birliği olmadan hastalara dayatmak psikoterapiden daha kolaydır ve genellikle daha tehlikelidir. Örneğin mahkeme kararı, hastalara sürekli olarak en geri döndürülemez fiziksel tedavi şekli olan ve çoğu zaman en tehlikeli olan *psikocerrahiyi* reddetme hakkı vermiştir.

Bazı eyaletler, bir hastanın şiddetli depresyon vakalarında kullanılan *elektrokonvülsif tedaviyi (EKT)* reddetme hakkını da kabul etmiştir (bk. Bölüm 6). Ancak reddetme hakkı konusu, psikocerrahiye kıyasla EKT konusu ile ilgili olduğunda daha karmaşıktır. EKT, şiddetli depresyonu olan birçok insan için etkili bir yöntemdir ancak ciddi anlamda sıkıntılara da neden olabilir ve aynı zamanda kötüye de kullanılabilir. Bugün birçok eyalet hastalara -özellikle kendi isteğiyle tedavi arayan hastalara- EKT'yi reddetme hakkı vermektedir (NARPA, 2018; OPA, 2016). Genellikle bir hasta, tedavinin doğası hakkında tam olarak bilgilendirilmeli ve buna yazılı onay vermelidir. Bazı eyaletler, zorla tedavi edilen hastalara EKT uygulanmasına izin vermeye devam ederken bazı eyaletler bu gibi durumlarda yakın bir akrabanın veya başka bir üçüncü tarafın rızasını gerektirir.

Geçmişte hastaların *psikotrop ilaçları* reddetme hakkı yoktu. Bununla birlikte, şimdiye kadar okuduğunuz gibi birçok psikotrop ilaç oldukça güçlüdür ve bazılarının istenmeyen ve tehlikeli etkileri vardır. Bu zararlı etkiler daha belirgin hâle geldikçe bazı eyaletler hastalara ilaçları reddetme hakkı da tanımıştır (Virdi ve Weiss, 2017; OPA, 2016). Tipik olarak bu durumlar doktorların ilacın amacını hastalara açıklamasını ve yazılı onaylarını almasını gerektirir. Bir hastanın reddi yetersiz, tehlikeli veya mantıksız olarak değerlendirilirse devlet bunun bağımsız bir psikiyatrist, tıbbi komite veya yerel mahkeme tarafından bozulmasına izin verebilir. Ancak reddeden hasta bu süreçte bir avukat veya başka bir hasta savunucusu tarafından desteklenir.



Neemah Aaron/AP Photo

**Arkansas'ta bir mağaza** Arkansas'ta bir mağaza çalışanını öldüren akıl hastası Charles Singleton, 1979'da ölüm cezasına çarptırıldı ve duruşmadan sonra bir noktada şizofreni geliştirdi. Amerika Birleşik Devletleri, insanlar neden idam edildiklerini anlayamadıkları takdirde infazlara izin vermediğinden devlet yetkilileri Singleton'ın psikozunu gidermek için ilaç almasını istedi. Sonunda, Singleton ilaçları gönüllü olarak almayı seçti, psikolojik iyileşme gösterdi ve 2004'te ölümcül enjeksiyonla idam edildi.

**HASTALARIN BAŞKA HANGİ HAKLARI VAR?** Mahkeme kararları, son yıllarda diğer hasta haklarını da korumuştur. Akıl hastanelerinde, özellikle özel kurumlarda çalışan hastalara artık en az *asgari ücret* garanti ediliyor. Ayrıca bir mahkeme kararına göre devlet akıl hastanelerinden taburcu edilen hastaların *tedavi sonrası bakım* görme ve *grup evi gibi* kamuya ait bir yerde ikamet etme hakları vardır ve daha genel olarak psikolojik bozuklukları olan kişiler, mevcut olan *en az kısıtlayıcı tesiste* tedavi görmelidir. Örneğin bir toplum ruh sağlığı merkezinde yatan hasta programı mevcutsa ve uygunsa o zaman bu kişilerin tedavi görmesi gereken yer akıl hastanesi değil, toplum ruh sağlığı merkezidir.

**"HAKLAR" TARTIŞMASI** Elbette psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin her zaman korunması gereken hakları vardır. Bununla birlikte birçok klinisyen, hasta hakları kararlarının ve yasalarının, bu hastaları iyileşme fırsatlarından istemeden mahrum bırakabileceğinden endişe duymaktadır. İlaçları reddetme hakkını düşünün. İlaçlar ağır ruhsal bozukluğu olan bir hastanın iyileşmesine yardımcı olabiliyorsa hastanın bu iyileşmeye hakkı yok mu? Kafa karışıklığı hastanın ilacı reddetmesine neden oluyorsa yasalar izin vermesine rağmen klinisyenler vicdanen rahat bir şekilde ilaç kullanımını erteleyebilir mi?

Bu tür haklı kaygılara rağmen klinik alanın hasta haklarını koruma konusunda her zaman etkili işler yapmadığını da unutmayın. Yıllar boyunca birçok hasta aşırı ilaç tedavisi görmüş ve uygun olmayan tedaviler almıştır. Ayrıca alanın mevcut bilgi durumunun, klinisyenlerin hasta haklarını geçersiz kılmasını haklı gösterip göstermediği sorgulanmalıdır. Klinisyenler, uygulanan bir tedavinin hastaya yardımcı olacağını emin olarak söyleyebilir mi? Bir tedavinin ne zaman zararlı etkileri olacağını tahmin edebilirler mi? Klinisyenlerin kendileri sıklıkla aynı fikirde olmadıklarından hastaların, onların savunucularının ve dış değerlendiricilerin de karar vermede kilit rol oynamaları uygun görünmektedir.

## ... ÖZETLE...

**HUKUK SİSTEMİ RUH SAĞLIĞINI NASIL ETKİLER?** Mahkemelerden suçlu olmayanları tedavi için akıl hastanelerine göndermeleri istenebilir, buna zorunlu tedavi adı verilir. Toplum, tedaviye ihtiyacı olduğu ve kendileri veya başkaları için tehlikeli olduğu düşünülen kişilerin rızaları dışında tedavilerine izin verir. Zorunlu tedavi prosedürlerini düzenleyen yasalar eyaletten eyalete değişir ancak Yüksek Mahkeme, bireylerin zorunlu tedavi alabilmeleri için akıl hastası olduklarına dair açık ve ikna edici kanıtlar olması ve eyaletlerinin zorunlu tedavi kriterlerini karşılaması gerektiğine karar vermiştir. Akıl hastanesine yatırılmaya ek olarak birçok eyalet ayaktan zorunlu tedavi programları oluşturmuştur.

Mahkemeler ve yasama organları, tedavi hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı da dâhil olmak üzere hastaların sahip olduğu yasal hakları belirleyerek ruh sağlığı mesleğini önemli ölçüde etkiler.

## Klinik Alanlar ile Hukuk Alanı Başka Hangi Şekillerde Etkileşimde Bulunur?

Akıl sağlığı uzmanları ve hukukçular, birbirlerinin çalışmalarını başka şekillerde de etkileyebilirler. Geçtiğimiz 25 yıl boyunca bu iki alanın yolları dört temel alanda kesişmiştir: *yanlış tedavi davaları, mesleki sınırlar, jüri danışmanlığı ve yasal konuların psikolojik açıdan araştırılması.*

**Yanlış Tedavi Davaları** Terapistlere karşı açılan **yanlış tedavi davalarının** sayısı son yıllarda keskin bir şekilde artmıştır. Klinisyenlerin bir hastanın intihar girişiminde bulunmasına, bir hastayla cinsel ilişkiye girmesine, bir tedavi için bilgilendirilmiş onam alınmamasına, ihmalkâr ilaç tedavisine, iyileşmeyi hızlandıracak ilaç tedavisinin ihmal edilmesine, tedavinin uygunsuz şekilde sonlandırılmasına ve

**yanlış tedavi davası** Bir terapisti tedavi sırasında uygunsuz davranışla suçlayan bir dava.

gereksiz yere hastaneye yatırmasına karşılık iddialarda bulunulmuştur (Reuveni ve diğerleri, 2017; Pope ve Vasquez, 2016). Çalışmalar, yanlış tedavi davalarının veya onlardan duyulan korkunun, iyi ya da kötü, klinik kararlar ve uygulama üzerinde önemli etkileri olabileceğini göstermektedir.

**Mesleki Sınırlar** Son 25 yılda yasama ve yargı sistemleri, bir klinik mesleği diğerinden ayıran *sınırların* değiştirilmesine yardımcı olmuştur. Özellikle psikologlara daha fazla yetki vermiş ve bir zamanlar psikiyatriyi psikolojiden ayıran çizgileri ayırt edilemez hâle getirmişlerdir. Örneğin giderek artan sayıda eyalet, psikologların hastaların hastanelere yatışını yapabileceğine hükmetmektedir. Bu, daha önce yalnızca psikiyatristlerin elinde olan bir yetki idi.

**Jüri Danışmanlığı** Son 30 yılda giderek daha fazla sayıda avukat, davaları yürütürken psikolojik tavsiye almak için klinisyenlere başvurmuaktadır (Kovera, 2017; Gomez, 2016). "Jüri uzmanları" olarak bilinen yeni bir tür klinik uzmanlar gelişmiştir. Bu uzmanlar avukatlara, hangi potansiyel jüri üyelerinin kendi taraflarını destekleyeceği ve hangi stratejilerin duruşmalar sırasında jüri üyelerinin desteğini kazanacağı konusunda tavsiyelerde bulunurlar. Jüri uzmanları anketler, röportajlar, jüri üyelerinin geçmişlerinin ve tutumlarının analizleri ve yaklaşan duruşmaların laboratuvar simülasyonları temelinde önerilerini sunar. Ancak bir klinisyenin tavsiyesinin bir avukatın içgüdülerinden daha geçerli olup olmadığı veya her ikisinin de yargılarının özellikle doğru olup olmadığı konusu tabi ki net değildir.

Çoğu psikiyatrist, psikologlar için ilaç yazma hakkı fikrine karşı çıkıyor. Neden bazı psikologlar da bu fikre karşı çıkıyor?

**Yasal Konuların Psikolojik Açıdan Araştırılması** Psikologlar bazen ceza adaleti sistemi için büyük önem taşıyan konularda çalışmalar yürütmüş ve uzmanlık geliştirmiştir. Buna karşılık bu çalışmalar sistemin nasıl işlediğini etkilemektedir. İki konuya ilişkin psikolojik incelemeler, *görgü tanıklığı ve suç örüntüleri* özellikle dikkat çekmiştir.

**GÖRGÜ TANIKLIĞI** Ceza davalarında görgü tanıklarının ifadeleri son derece etkilidir. Genellikle bir sanığın suçlu bulunup bulunmadığını belirler. Ama görgü tanığının ifadesi ne kadar doğrudur? Tedirgin edici sayıda mahkûmun (çoğu ölüm hücresinde) mahkûmiyetleri, mahkûm edildikleri suçları işleyemeyeceklerinin DNA kanıtları ile ortaya çıkmasından sonra bozulduğu için bu soru önemli bir soru hâline gelmiştir. Bu tür haksız mahkûmiyetlerin yüzde 70'inden fazlasının büyük ölçüde görgü tanıklarının yanlış ifadesine dayandığı ortaya çıkmıştır (Innocence Project, 2017). Çoğu görgü tanığı kuşkusuz neyi veya kimi gördükleriyle ilgili gerçeği söylemeye çalışır. Yine de araştırmalar, kısmen görgü tanıklarının bazen ince ön yargılara sahip olmaları ve kısmen de çoğu suçun beklenmedik ve kısa süreli olması ve dolayısıyla olayların iyi hatırlanmaması nedeniyle görgü tanıklığının oldukça güvenilmez olabileceğini göstermektedir (Carpenter ve Krendl, 2018; Wade, Nash ve Lindsay, 2018). Suç sırasında örneğin aydınlatma zayıf olabilir veya başka dikkat dağıtıcı unsurlar mevcut olabilir. Tanıkların akıllarında kendi güvenlikleri veya etraftakilerin güvenliği gibi başka şeyler olabilir. Bu tür endişeler daha sonraki hatırlamaları büyük ölçüde bozabilir.

Laboratuvar çalışmalarında araştırmacılar, gözlemlenen bir olayın ayrıntılarını hatırlamaya çalışan katılımcılara sadece yanlış bilgiler vererek onları kandırmayı kolay bulmuşlardır (Loftus, 2017; Rindal ve diğerleri, 2017). Araştırmacı tarafından yapılan anlamlı bir tanımlamadan sonra dur işaretleri yol ver işaretlerine, beyaz arabalar mavi arabalara ve Mickey Mouse Minnie Mouse'a dönüştürülebilmiştir. Ek olarak laboratuvar çalışmaları

#

**#ÜnlüBirVaka**

1995'te işlek bir caddede iki kişiyi vurup öldürdükten sonra kuruntuları olan hukuk öğrencisi Wendell Williamson, akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz bulundu ve tedavi için bir hastaneye yatırıldı. Daha sonra cinayetlerden önce kendisini tedavi eden psikiyatriste, terapistin yanlış bir teşhis koyduğunu ve terapi sona erdiğinde takip hizmetlerini ayarlayamadığını iddia ederek dava açtı. 1998'de bir jüri Williamson'ın lehine 500.000 dolarlık bir karar verdi.

**görgü tanıklığı hatası** Psikolojik araştırmalar, görgü tanıklığının genellikle geçersiz olduğunu göstermektedir. Burada bir kadın 1984'te tecavüzcüsü olarak tanımladığı adamla konuşuyor. DNA testi sonunda farklı bir kişinin kendisine tecavüz ettiğini kanıtlamış ve yanlışlıkla suçlanan bu adam serbest bırakılmıştı. Ancak bu arada, ömür boyu hapis cezasının 11 yılını çekmişti.



Chuck Burton/AP Photo

## #TVProfilleri

*Criminal Minds - Suçlu Zihinler (Devam ediyor.)*

*Mindhunter - Zihin Avcısı (Devam ediyor.)*

*Killing Eve - Eve'i Öldürmek (Devam ediyor.)*

*Luther (Devam ediyor.)*

*Law and Order: SVU - Kanun ve Düzen: SVU (Devam ediyor.)*

*Mentalist (bitmiş)*

*Psişik - Psych (bitmiş)*

telkine yatkınlığı yüksek olan kişilerin gözlemlenen olayları en hatalı şekilde hatırladıklarını göstermektedir (Liebman ve diğerleri, 2002).

Gerçek failleri belirlemeye gelince, araştırmalar doğruluğun kimlik belirlemede kullanılan yöntemden büyük ölçüde etkilendiğini bulmuştur (Smith ve diğerleri, 2018; Wixted ve Wells, 2017). Örneğin polislerin gerçek suçluyu teşhis etmek için şüphelileri sıraya dizmesi, özellikle de kötü bir şekilde yapıldığında her zaman güvenilir değildir ve tanıkların bu dizilime bakarken yaptığı hatalar değişme eğilimindedir (Taubert, van Golde ve Verstraten, 2017; Wells ve diğerleri, 2015, 2011). Araştırmacılar ayrıca tanıkların kendinden emin olmasının doğrulukla tutarlı bir şekilde ilgili olmadığını da görmüşlerdir (Wixted ve Wells, 2017). "Kesinlikle emin" olan tanıklar, anılarında yalnızca "oldukça emin" olanlardan daha doğru olmayabilir. Yine de bir tanığın kendinden emin olma derecesi, jüri üyelerinin tanıklığına inanıp inanmamalarını etkiler (Loftus ve Greenspan, 2017).

Görgü tanıklarının anılarına yönelik psikolojik araştırmalar, yargı sisteminin bu tanıkların ifadelerine olan güvenini veya saygısını henüz ortadan kaldırmamıştır, kaldırmamalıdır da. Laboratuvar çalışmaları ile gerçek yaşam olayları arasındaki mesafe genellikle büyüktür ve bu tür çalışmalardan elde edilen bulgular dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Yine de görgü tanığı araştırmaları bir etki yaratmaya başlamıştır. Jüri üyelerine görgü tanığının kendinden emin olma durumunun doğruluğuna ilişkin talimatlar artık görgü tanığı davalarına dâhil edilebilir (Cash ve Lane, 2017). Buna ek olarak hipnoz ve sahte anılar yaratma yeteneği üzerine yapılan çalışmalar çoğu eyaletin, eğer görgü tanıklarının olayları hatırlamalarına başlangıçta hipnoz yardımcı olduysa, bu görgü tanıklarının olaylar veya ayrıntılar hakkında tanıklık etmelerini yasaklamasına yol açmıştır.

**SUÇ ÖRÜNTÜLERİ** Giderek artan sayıda televizyon programı, film ve kitap, klinisyenlerin genellikle polislere faillerin *psikolojik profillerini* sunarak cezai soruşturmalarda önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir: "Muhtemelen otuzlu yaşlarında, Beyaz, hayvanlara işkence geçmişi var, çok az arkadaşı var ve duygusal patlamalara maruz kalıyor." Suçlu davranış kalıpları ve profil oluşturma çalışmaları son yıllarda artmıştır ancak medya ve sanatın bize inandırdığı kadar açıklayıcı veya etkili değildir (Keatley ve diğerleri, 2018; Kapardis, 2017).

Olumlu tarafı, araştırmacılar çeşitli suçluların psikolojik özellikleri hakkında bilgi toplamış ve gerçekten de belirli türdeki suçların -örneğin seri cinayet veya seri cinsel saldırı- faillerinin sıklıkla bir takım kişilik özelliklerini ve geçmişleri ile ilgili özellikleri paylaştıklarını bulmuştur. (***Psikolojik Gözlem'e*** bakınız.) Ancak bu tür özellikler sıklıkla mevcut olsa da her zaman mevcut değildir ve bu nedenle profil bilgilerini belirli bir suça uygulamak yanlış ve yanıltıcı olabilir (Fox, Levin ve Fridel, 2018). Polis giderek artan bir şekilde psikolojik profil uzmanlarına danışmaktadır ve bu uygulama, profil çıkarmanın sınırlamaları kabul edildiği sürece yardımcı oluyor gibi görünmektedir.

**aldatıcı profil** Polis, Washington, DC, Maryland ve Virginia'da 10 kişiyi öldüren ve bölge sakinlerini korkutan seri keskin nişancıyı tespit edip yakalamayı umarak 2002'de Virginia'daki bir Home Depot'un dışında ipuçları arıyor. Görünen o ki bu ünlü davada psikolojik profil çıkarma pek yardımcı olmamış ve hatta polisi yanıltmış.




AP Photo/Doug Mills

Profil çıkarmanın sınırlamalarına dair bir hatırlatma, Ekim 2002'de Washington DC bölgesinde üç hafta boyunca terör estiren, 10 kişiyi vuran ve 3 kişiyi de ciddi şekilde yaralayan keskin nişancı vakasından gelmektedir. FBI psikologları tarafından yapılan profil çıkarmaların çoğu, keskin nişancının tek başına hareket ettiğini ileri sürmüştü ancak saldırıların bir çift tarafından gerçekleştirildiği ortaya çıktı: orta yaşlı bir adam, John Allen Muhammed ve bir genç çocuk, Lee Boyd Malvo. Çıkarılan profiller, heyecan arayan genç bir kişiyi akla getirse de Muhammed 41 yaşındaydı. Profil çıkaranlar saldırganın Hispanik olmayan Beyaz olduğuna inanıyorlardı ancak ne Muhammed ne de Malvo Beyazdı. Saldırganın bir *erkek* olduğu yönündeki tahmin doğruydu ancak zaten kadın seri katiller de nispeten nadir görülüyordu.

PSİKOLOJİK GÖZLEM

# Seri Katiller: Delilik mi? Kötülük mü?

24 Nisan 2018'de polis, eski polis memuru Joseph James DeAngelo'yu California, Sacramento yakınlarındaki evinin önünde tutukladı. DNA kanıtlarına dayanarak, DeAngelo'yu, Golden State Katili olarak da adlandırarak 1974'ten 1986'ya kadar Kaliforniyalıları dehşete düşüren seri suçlar sırasında, ayrı ayrı olaylarda en az 12 kişinin katili olmakla suçladılar. Yıllar boyunca halkı büyüleyen ve dehşete düşüren seri katiller: Bruce Ivins ("şarbon katili"), Theodore Kaczynski ("Unabomber"), Ted Bundy, David Berkowitz ("Sam'in Oğlu"), Albert DeSalvo ("Boston Strangler" ), John Wayne Gacy ("Killer Clown (katil palyaço)"), Jeffrey Dahmer ("Milwaukee Cannibal (milwaukee yamyamı)"), Dennis Rader ("BTK katili") ve daha fazlası.

Tanım olarak seri katiller, uzun bir süre boyunca ayrı olaylarda bir dizi cinayet (3 veya daha fazla) işlerler. Bunlar, 13. Bölüm'de hakkında okuduğunuz toplu katliam yapanlardan, tek seferde genellikle tek bir yerde dört veya daha fazla kişiyi öldüren kişilerden, farklıdır (bk. sayfa 408).

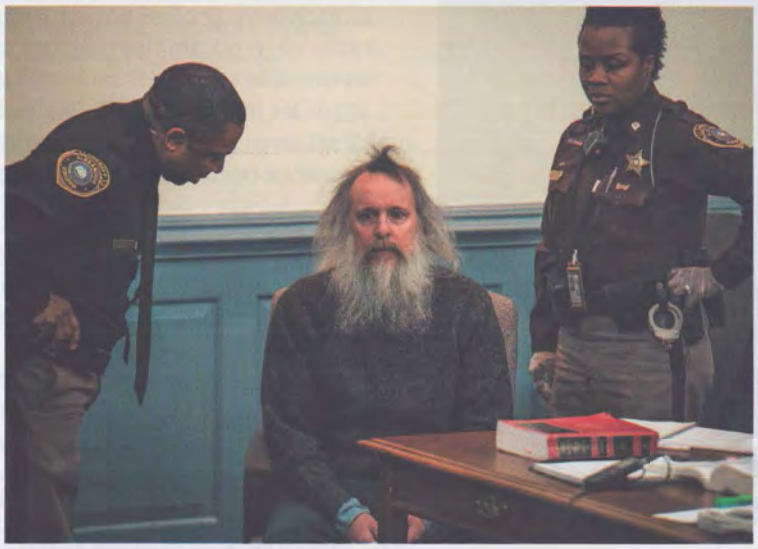
FBI, Amerika Birleşik Devletleri'nde herhangi bir zamanda 25 ila 50 arasında seri katil olduğunu tahmin etmektedir (FBI, 2017, 2014). 1900 yılından bu yana dünya çapında 4.500 seri katil tespit edilmiştir (Aamodt, 2016, 2014).

Her seri katilin kendine has yöntemleri vardır ancak birçoğunun belirli ortak özellikleri olduğu da görülmektedir (Fox ve diğerleri, 2018; Johnston, 2017). Çoğunluğu -ama kesinlikle hepsi değil- 30 ila 45 yaşlan arasında, ortalama ila yüksek zekaya sahip, görünüşte temiz, düzgün konuşan, çekici ve yetenekli manipülatörler olan Hispanik olmayan beyaz erkeklerdir.

Seri katillerin yaklaşık yansı ciddi kişilik bozukluklarına sahip görünmektedir (Fox ve diğerleri, 2018; FBI, 2017, 2014). Antisosyal kişilik bozukluğunun temel özellikleri olan vicdan eksikliği ve insanlara ve toplum kurallarına tamamen aldırmamak bu kişilerde tipiktir. Narsistik düşünce de oldukça yaygındır. Özel olma duygusu, katillere yakalanmayacaklarına dair gerçekçi olmayan bir inanç bile verebilir (Fox ve diğerleri, 2018; Kocsis, 2008). Çoğu zaman yakalanmalarına yol açan da bu yenilmezlik duygusudur.

Cinsel işlev bozuklukları, parafilik bozukluklar ve fanteziler de rol oynuyor gibi görünmektedir (Fox ve diğerleri, 2018; FBI, 2017, 2014). Araştırmalar, genellikle cinsel ve sadistçe olan güçlü fantezilerin, katilin davranışını yönlendirmeye yardımcı olabileceğini ortaya koymuştur. Bazı klinisyenler, katillerin bir an için daha zayıf olanları kontrol ederek, inciterek veya ortadan kaldırarak genel güçsüzlük duygularının üstesinden gelmeye çalıştıklarına da inanırlar. Katillerden bazıları çocukken fiziksel, cinsel ve/veya duygusal olarak istismara uğramıştır (Keatley ve diğerleri, 2018).

Kolluk kuvvetleri ve davranış araştırmacıları, son yıllarda seri cinayetler ve katiller hakkında etkileyici bir istatistiksel bilgi toplamıştır. Bu veriler, özellikle bu çirkin eylemleri tekrarlayan faillerini yakalamaya çalıştıkları için genellikle suç araştırmacılarına yardımcı olur. Aynı zamanda klinik kuramcıların seri katillerin neden böyle davrandıklarını anladıklarını söylemek de yanlış olur.



Bill O'Leary/The Washington Post via Getty Images

**Seri cinayetler için seri cezalar** 2016'daki bir dava sırasında mahkeme heyeti, 2003 ve 2014 yılları arasında Alexendriya, Virginia'da sadece nispeten varlıklı oldukları için üç kişiyi öldürmekle suçlanan tuhaf bir tarih tutkunu olan Charles Severance'ı izliyor. Severance, seri cinayetlerden suçlu bulundu ve art arda üç ömür boyu hapis cezasına çarptırıldı.

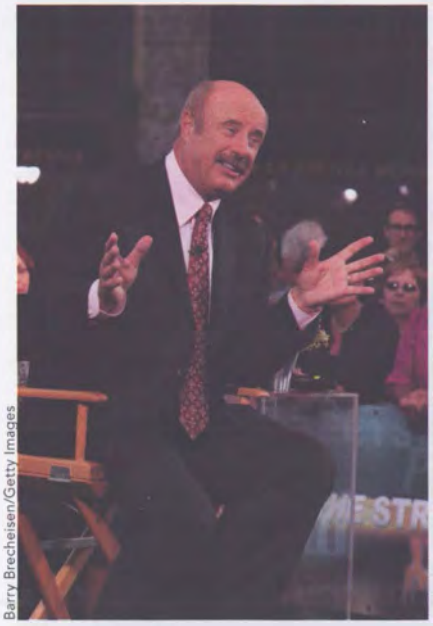
## ...ÖZETLE...

**DİĞER KLİNİK-YASAL ETKİLEŞİMLER** Ruh sağlığı uzmanlarının ve hukukçuların yolları dört farklı alanda daha kesişmektedir. Birincisi, terapistlere karşı açılan hatalı tedavi davaları son yıllarda artmıştır. İkincisi, yasama ve yargı sistemleri mesleki sınırların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Üçüncüsü, avukatlar, jüri üyelerinin seçimi ve dava stratejileri konusunda akıl sağlığı uzmanlarından tavsiye isteyebilir. Dördüncüsü, psikologlar görgü tanığı ifadesi ve suç örüntüleri gibi yasal olguları araştırabilirler.

## Hangi Etik İlkeler Ruh Sağlığı Uzmanlarına Yol Gösterir?

Yasal ve ruh sağlığı sistemlerine ilişkin tartışmalar bazen bir grup olarak klinisyenlerin umursamaz oldukları ve hastaların haklarını ve ihtiyaçlarını ancak zorunlu olduklarında dikkate aldıkları izlenimini verebilir. Bu, elbette doğru değildir. Çoğu klinisyen, danışanlarını çok önemser ve aynı zamanda haklarına ve itibarına saygı gösterirken onlara yardım etmeye çalışır (Mazulla ve LiVecchi, 2018; Pope ve Vasquez, 2016, 2011). Aslında, klinisyenler, uygun ve etkili klinik uygulamayı sunmak için yalnızca yasama ve mahkeme sistemlerine güvenmezler. Ayrıca çalışmaları ve davranışları için sürekli olarak etik yönergeler geliştirerek ve bu etik yönergeleri revize ederek kendilerini düzenlerler. Birçok yasal karar, yasanın gücünü zaten mevcut olan bu mesleki yönergelerin arkasına yerleştirmekten başka bir şey yapmaz.

Ruh sağlığı alanındaki her mesleğin kendi **etik kuralları** vardır. Amerikan Psikoloji Derneğinin (2017, 2010, 2002) etik kodları da kendine özgüdür. Diğer ruh sağlığı uzmanları ve kamu görevlileri tarafından oldukça saygı duyulan bu kodlar, belirli yönergeleri içerir:



Barry Brecheisen/Getty Images

**Profesyonel tavsiye vermenin etiği** Günümüz psikologları, tavsiyelerini psikolojik teorilere ve bulgulara dayandırmak için alanın etik kurallarına tabidir. 2006 yılında son derece popüler olan Phil McGraw ("Dr. Phil"), televizyonda ve kitaplarında tavsiye verirken kendi yargılarını özgürce kullanabilmek için Teksas psikolog lisansından vazgeçti.

1. Psikologların çevrim içi olarak kendi kendine yardım kitaplarında, DVD'lerde, televizyon ve radyo programlarında, gazete ve dergilerde, postayla gönderilen materyaller aracılığıyla ve diğer yerlerde, sorumluluk bilinciyle ve profesyonelce yapmaları ve tavsiyelerini uygun psikolojik literatür ve uygulamalar üzerine temellendirmeleri koşuluyla **tavsiye vermelerine izin verilir**. Bunlardan internet üzerinden profesyonel tavsiyelerin düzenlenmesinin özellikle zor olduğu kanıtlanmıştır çünkü çevrim içi klinik uygulamaların sayısı giderek artmakta ve pek çok tavsiye verenin herhangi bir mesleki eğitime veya referansa sahip olmadığı görülmektedir.
2. **Psikologlar sahte araştırmalar yapamaz, başkalarının çalışmalarını intihal edemez veya sahte veriler yayımlayamaz.** Son 30 yılda, psikoloji de dâhil olmak üzere tüm bilimlerde bilimsel sahtekârlık veya mesleği kötüye kullanım vakaları ortaya çıkmıştır. Bu eylemler önemli konuların yanlış anlaşılmasına neden olmuş, bilimsel araştırmaları yanlış yöne çekmiş ve halkın güvenini zedelemiştir. Ne yazık ki sahte bulguların yarattığı izlenimler hem kamuoyunun hem de diğer bilim adamlarının düşüncelerini yıllarca etkilemeye devam edebilir.
3. Psikologlar engeli olan veya cinsiyeti, etnik kökeni, dili, sosyoekonomik durumu ya da cinsel yönelimi kendisininkinden farklı olan hastalarla ilgili **yetkinliğinin sınırlı olduğunu kabul etmelidir**. Bu yönerge genellikle psikoterapistlerin ekstra eğitim veya denetim almasını, daha bilgili meslektaşlarına danışmasını veya danışanları daha uygun profesyonellere yönlendirmesini gerektirir.
4. **Hukuki davalarda değerlendirme ve tanıklık yapan psikologlar, değerlendirmelerini yeterli bilgiye dayandırmalı ve bulgularını uygun şekilde kanıtlamalıdır.** Sorgulanan kişinin uygun bir şekilde incelenmesi mümkün değilse psikologlar tanıklıklarının sınırlı niteliğini açıkça ortaya koymalıdır.
5. **Psikologlar işkenceye yani insanlara kasıtlı olarak şiddetli acı, ızdırap veya aşağılamanın uygulandığı eylemlere katılamaz veya yardım edemez.** Bu yönerge, APA'nın birkaç yıl boyunca Savunma Bakanlığına ve Merkezî İstihbarat Teşkilatına "geliştirilmiş sorgulama" (işkenceye dayalı sorgulama) tekniklerinin geliştirilmesinde yardımcı olduğu ve danışmanlık yaptığı ve APA tarafından desteklenen bir değerlendirmenin uygulanmasından bir yıl sonra hazırlanan 2017 etik koduna eklenmiş ve psikologların bu tür sorgulamalara dâhil olmasına izin veren mesleki yönergeleri düzenlemiştir (bk. sayfa 514'teki ***Trendler***).

6. **Psikologlar, danışanlardan ve öğrencilerden cinsel veya başka bir şekilde yararlanamazlar.** Bu yönerge, yaygın toplumsal cinsel taciz ve aynı zamanda terapide danışanlardan cinsel olarak faydalanan terapistlerin sorunuyla ilgilidir. Kodlar, mevcut veya eski bir danışan ile tedavinin sona ermesinden sonra en az iki yıl süreyle cinsel ilişkiye girilmesini özellikle yasaklar -ve iki yıl sonrasında bile böyle bir ilişkiye yalnızca "en olağandışı koşullarda" izin verilir. Ayrıca psikologlar, daha önce cinsel ilişkiye girmiş oldukları kişileri danışan olarak kabul etmeyebilirler.

   Araştırmalar, danışanların terapistleriyle cinsel ilişkiye girmekten büyük duygusal zarar görebileceğini açıklığa kavuşturmuştur (Pope ve Wedding, 2019; Pope ve Vasquez, 2016, 2011). Peki, kaç terapistin bir danışanıyla gerçekten cinsel ilişkisi vardır? Eleştirmenler çeşitli anketlere dayanarak günümüz terapistlerinin yüzde 4 ila 5'inin, on yıl öncesine göre yüzde 10'dan daha düşük bir oranda, danışanlarına bir tür cinsel tacizde bulunduğunu tahmin etmektedir.

   Terapistlerin büyük çoğunluğu danışanlarıyla herhangi bir cinsel davranışta bulunmasa da görünen o ki özel duygularını kontrol etme yetenekleri başka bir konudur. Anketlerde terapistlerin yüzde 80'inden fazlası, en azından ara sıra bir danışanına cinsel ilgi duyduğunu bildirmiştir (Pope ve Wedding, 2019; Pope ve Vasquez, 2016, 2011). Bu terapistlerin çok azı duygularına göre hareket etse de çoğu suçlu, kaygılı veya çekicilik konusunda endişeli hissetmiştir. Bu tür sorunlar göz önüne alındığında günümüz klinik eğitim programlarının çoğunda cinsel etik eğitimine yüksek öncelik verilmesi şaşırtıcı değildir.

7. **Psikologlar gizlilik ilkesine uymalıdır.** Tüm eyalet ve federal mahkemeler, terapi **gizliliğini** koruyan yasaları onaylamıştır (Ashton ve Sullivan, 2018; Skodol ve Bender, 2018). İç rahatlığı ve etkili terapi sağlayabilmek için danışanlar bir terapistle konuştukları özel konuların başkalarına aktarılmayacağına güvenebilmelidir. Ancak gizlilik ilkesinden taviz verilmesi gereken zamanlar vardır (Pope ve Wedding, 2019; Middleman ve Olson, 2017). Örneğin eğitimdeki bir terapist, vakaları bir süpervizörle düzenli olarak tartışmalıdır ve danışanlara bu tür tartışmaların yapıldığı konusunda bilgi verilmelidir.

   Ayaktan tedavi gören ve açıkça tehlikeli olan hastalarda ikinci bir istisna ortaya çıkar. Danışan-terapist ilişkilerini etkileyen en önemli davalardan biri olan 1976 tarihli *California Üniversitesi Tarasoff v. Regents* davası, California Üniversitesi hastanesinde ayaktan tedavi gören bir hastayla ilgiliydi. Hasta, terapistine eski kız arkadaşı Tanya Tarasoff'a zarar vermek istediğini açıklamıştı. Tedavi tamamlandıktan birkaç gün sonra eski hasta terapistine söylediğini gerçekleştirmişti. Tanya Tarasoff'u bıçaklayarak öldürmüştü.

**Terapide gizlilik ilkesinin çiğnenmesi gereken başka durumlar düşünebiliyor musunuz?**

   Bu durumda gizlilik ihlal edilmeli miydi? Terapist, aslında ihlal edilmesi gerektiğini hissetmişti. Kampüs polisine haber verilmişti ancak hasta sorgulamanın ardından serbest bırakılmıştı. Mağdurun ebeveynleri, hastaneye ve terapiste karşı açtıkları davada terapistin kendilerini ve kızlarını, hastanın Bayan Tarasoff'a zarar vermeyi amaçladığı konusunda uyarması gerektiğini savundu. Kaliforniya Yüksek Mahkemesi, "Koruyucu ayrıcalık, kamusal tehlikenin başladığı yerde sona erer." konusunda karar verdi.

   Bu nedenle psikologlar için mevcut etik kurallar, terapistlerin **koruma görevi** -"danışanı veya başkalarını zarardan korumak" gerektiğinde danışanın rızası olmasa bile gizliliği ihlal etme sorumluluğu- olduğunu beyan eder. *Tarasoff* kararından bu yana çoğu eyalet, terapistler için gizlilik kurallarını açıklayan ve onları belirli hukuk davalarından koruyan "koruma görevi" yasalarını kabul etmiştir (Adi ve Mathbout, 2018; Middleman ve Olson, 2017).

**etik kurallar** Bir mesleğe mensup olanların kararlarına ve eylemlerine rehberlik etmek üzere tasarlanmış, etik davranış için bir ilke ve kurallar bütünü.

**gizlilik** Bazı profesyonellerin bir danışandan elde ettikleri bilgileri ifşa etmeyecekleri ilkesi.

**koruma görevi** Terapistlerin, danışanın kurbanı olabilecek bir kişiyi korumak için gizliliği ihlal etmesi gerektiği ilkesi.

## #Yasal Bilgi

| | |
|---|---|
| %75 | Potansiyel olarak tehlikeli danışanlarla ilgili yasal sorumlulukları hakkında yanlış bilgilendirilmiş psikologların yüzdesi. |
| %90 | Aynı psikologların bu alandaki yasal bilgilerinin doğru olduğundan emin olma yüzdesi. |

(Bilgi kaynağı: Thomas, 2014)

...TRENDLER

# Doktorlar Zarar Vermez

Hipokrat Yemini, doktorların her şeyden önce "zarar vermemelerini" gerektirir -bu, her ruh sağlığı mesleği için etik kurallar tarafından da benimsenen bir ilkedir. Bununla birlikte son gelişmeler işkence alanında bazı psikologların gerçekten de insanlara zarar verdiğini göstermektedir.

**Pay Any Price (Bir Bedel Öde)** başlıklı 2014 tarihli bir kitap, 2015 Senato Seçim Komitesi soruşturması, Hoffman Raporu adlı 2015 raporu ve 2017 tarihli bir dava, toplu olarak bazı psikologların ve aslında Amerikan Psikoloji Derneğinin (APA) birkaç yıl boyunca Merkezi İstihbarat Teşkilatı'nın şüpheli teröristlerden bilgi almak için geliştirilmiş sorgulama veya işkenceye dayalı sorgulama programına katıldığını ortaya koymuştur. (Wise, 2018; APA, 2017; Bailey, 2017; Fink ve Risen, 2017; Melechi, 2016; Patel ve Elkin, 2015). İşte bu kaynaklar tarafından ortaya çıkarılan önemli olaylar:

2002'de, 11 Eylül 2001'de New York City ve Washington DC'deki terörist saldırılarından kısa bir süre sonra, Beyaz Saray CIA'in ulusal güvenlik mahkumlarının veya "tutukluların" "gelişmiş sorgulama" programına onayını vermiştir. Bir dizi sözde işkence bildirisinde akıl sağlığı uzmanlarına danışılarak geliştirilen prosedürlerin önemli fiziksel yaralanmalara veya ciddi zihinsel sorunlara neden olmadığını veya neden olma olasılığının bulunmadığını belirtmesi hâlinde gelişmiş sorgulamaların uygulanmaya gerçekten de devam edebileceği belirtilmiştir.

2002'nin sonlarında CIA tarafından görevlendirilen iki psikolog, gelişmiş sorgulama prosedürleri paketi (uykudan mahrum bırakma, tekrarlanan su banyosu, fiziksel saldırı, stresli durumlara maruz bırakarak bağlama, sağır edici gürültü ve bir kutuya hapsetme dâhil) geliştirmiş ve CIA bu prosedürleri terör örgütü El Kaide ile olası bağlantıları olan bir mahkuma test etmiştir. Yetkililer testin başarılı olduğunu ilan etmiş ve o noktadan sonra gelişmiş sorgulamalar kabul edilen bir ulusal güvenlik politikası hâline gelmiştir. İki psikolog, CIA programı için önemli danışmanlar olarak hizmet vermeye devam etmiştir.

Gelişmiş sorgulama programının devam etmesi için CIA, psikologların sorgulamaları gözlemlemesine ve onları kabul edilebilir ilan etmesine, ayrıca programı daha da geliştirmek için çeşitli psikologlardan sürekli tavsiye almaya ve veri toplamaya ihtiyaç duyuyordu. Sonuç olarak CIA ve APA'daki kilit yöneticiler birkaç yıl boyunca devam eden bir iş birliği ilişkisi geliştirdiler. APA, işkence prosedürlerinin fiili yönetimine katılmamış olsa da bazı yöneticileri, geliştirilmiş sorgulama programı ve psikologların olası rolü hakkında CIA ile bir dizi iletişim, tartışma ve beyin fırtınası oturumu gerçekleştirdi.

Belki de en kötüsü, bazı APA yöneticileri, görünüşe göre bireysel psikologların, yanlış tedavi yapmakla suçlanma korkusu olmadan gelişmiş sorgulama programına katılmalarına izin vermek için derneğin etik kurallarının dilini manipüle etti. Ne de olsa psikologlar, mesleklerinin etik standartlarını ihlal ettikleri anlamına geliyorsa programla çalışamazlardı. Bu endişe, 2005 yılında APA'nın "Etik ve Ulusal Güvenlik Başkanlık Görev Gücü"nün (PENS) ustaca bir dille psikologların işlerinde herhangi bir kanunu çiğnemedikleri takdirde "zarar verme" yükümlülüklerini ihlal etmediklerine, gelişmiş sorgulamalar alanındaki olası çalışmalar dâhil, karar vermesiyle ortadan kalkmıştır. Yani sorgulamaya katılımlarının artması TSSB, anksiyete bozuklukları, depresyon veya benzerlerinin gelişimine katkıda bulunsa bile psikologlar mesleklerinin etik ilkelerini ihlal etmemiş olacaklardır.

APA'nın bazı üyeleri, sonraki yıllarda belirli APA yetkilileri ile CIA arasındaki ilişkiler devam ettikçe ve APA bunu inkar etmeye devam ettikçe bu ustaca yazılmış PENS kararının psikologların CIA'in işkence temelli programına katılmasına izin verdiğini kabul etmiştir. Bu zeki APA üyeleri, derneğin işkenceye dayalı programa dâhil olması veya bu programı onaylaması nedeniyle APA'nın CIA ile muhtemel ilişkisini protesto etmiştir.

Tüm bunlar daha önce bahsedilen çarpıcı gelişmelerin hızla art arda gelişmeye başladığı 2014 yılında zirveye ulaşmıştır. Bu ifşalardan bu yana gelişmiş sorgulama tartışmalarıyla bağlantılı APA yöneticilerinin birçoğu istifa etmiştir. (Bu eski yöneticiler, 2017'de Hoffman Raporu'nun yazarlarına eylemlerini yanlış karakterize ettikleri ve onları karaladıkları için dava açtılar.) Yine 2017'de, 2002'den başlayarak CIA'nın gelişmiş sorgulama programını başlatan ve uygulayan iki psikolog, kendilerine dava açan üç işkence görmüş ulusal güvenlik mahkumu ile mahkemede karşı karşıya gelmiştir.




AP Photo/Jeff Chiu

**Psikologlara yer yok** Bir APA konferansındaki protestocular, psikologların CIA tarafından geliştirilmiş sorgulama programlarına katılımına karşı miting düzenlediler.

Son olarak üyeleri artık olup bitenler hakkında tamamen bilgilendirilmiş olan APA, bu çirkin olayı sona erdirmeye ve bir daha olmamasını sağlamaya çalışmıştır. En önemlisi, APA üyelerinin tamamı, psikologların herhangi bir ulusal güvenlik soruşturmasına doğrudan ve dolaylı katılımını yasaklamak için oy kullanmıştır. Bunu yaparken karmaşık ve tehlikeli bir dünyada bile psikologların birincil yükümlülüğünün bireylere hiçbir şekilde "zarar vermemek" olduğu bir kez daha teyit edilmiştir.

# Ruh Sağlığı, İş Hayatı ve Ekonomi

Ruh sağlığı profesyonellerinin etkileşimde bulunduğu tek sosyal kurumlar yasama ve yargı sistemleri değildir. İş ve ekonomi alanları, klinik uygulama ve çalışmayı etkileyen ve bunlardan etkilenen diğer iki sektördür.

## Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İş Yerine Taşınması

Çok sayıda araştırmaya göre iş, insanlar için açık ara önde gelen stres kaynağıdır (APA, 2018; AIS, 2017). Çalışanların yüzde 40'ından fazlası işlerini çok stresli bulmakta ve ruh sağlıkları ve genel sağlıkları için kötü olduğuna inanmaktadır (AIS, 2017; HSPH, 2016). Stresli işçiler, üzüntülerinin başlıca nedenlerinin aşırı iş yükü (çalışanların yüzde 46'sı), insanlarla ve personelle ilgili sorunlar (yüzde 28), işi ev hayatıyla dengelemedeki güçlükler (yüzde 20) ve iş güvencesizliği (yüzde 6) olduğunu bildirmektedir (APA, 2018; AIS, 2017).

Tüm bu stres, çalışanların sadece ev hayatını ve kişisel işlevselliğini etkilemez. Ayrıca iş yerindeki performansını da olumsuz etkiler. Gerçekten de işe devamsızlıkların yüzde 60'ı doğrudan veya dolaylı olarak stres ve ilgili ruh sağlığı sorunlarına bağlanabilir (APA, 2018; HSPH, 2016). Ayrıca araştırmalar, iş yerinde stresin daha düşük üretkenliğe ve daha fazla kazaya, çalışan hatalarına, çalışanların işten ayrılmasına, sigorta maliyetlerine ve işçi tazminat giderlerine neden olduğunu ortaya koymaktadır (AIS, 2017; White, 2015).



William Haefeli/The New Yorker Collection/The Cartoon Bank

*"Hayatım, uydurma kullanıcı adları ve şeytani derecede akıllı şifrelerden oluşan karmaşık bir ağa dönüştü."*

Hem insani hem de finansal nedenlerle birçok işveren, çalışanlarının işle ilgili stres ve diğer ruh sağlığı ihtiyaçlarını ele almaya çalışır. İşverenlerin yaklaşık yarısı tarafından sağlanan iki yaygın yaklaşım, çalışan yardım programları ve stres azaltma programlarıdır (McRee, 2017; HSPH, 2016). Çalışan yardım programları, bir iş yeri tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetleridir. Bu programlar ya doğrudan bir şirkette çalışan akıl sağlığı uzmanları tarafından ya da dışarıdaki akıl sağlığı kurumları tarafından yürütülür. **Stres azaltma ve problem çözme programları** ise ruh sağlığı uzmanlarının çalışanlara başa çıkma, problem çözme ve stresle başa çıkma ve stres azaltma tekniklerini öğrettiği atölye çalışmaları veya grup oturumlarıdır. Bölüm 2'de okuduğunuz gibi bu tür tekniklerden günümüzde en yaygın olanlarından biri, işverenlerin yaklaşık üçte biri tarafından sunulan *farkındalık eğitimidir* (bk. sayfa 53-54). İşletmeler, çalışana yönelik yardım ve stres azaltma programlarının, psikolojik sorunların iş performansını etkilemesini önleyerek ve çalışanların sigorta taleplerini azaltarak uzun vadede onlara para kazandırdığına inanmaktadır ve çalışanların en az yarısı, stresi nasıl yöneteceklerini öğrenmek için yardıma ihtiyaçları olduğu konusunda hemfikirdir (AIS, 2017).

## Ruh Sağlığı Ekonomisi

Hükûmetin ekonomik kararlarının klinik alanın ciddi zihinsel bozukluğu olan kişilere yönelik tedavisini nasıl etkileyebileceğini zaten gördünüz. Örneğin eyalet ve federal hükûmetlerin maliyetleri düşürme arzusu, hastanede tedavi gören hastaların topluma zamanından önce salıverilmesine katkıda bulunan akıl hastanesinden çıkarıp topluma kazandırma hareketinde önemli bir düşünceydi. Devlet kurumlarının ekonomik kararları, diğer danışan türlerini ve tedavi programlarını da etkileyebilir.

Bölüm 12'de okuduğunuz gibi psikolojik bozukluğu olan kişilere yönelik hizmetler için devlet finansmanı, son elli yılda keskin bir şekilde artarak 1963'te 1 milyar dolardan bugün yaklaşık 152 milyar dolara yükselmiştir (SAMHSA, 2017, 2014). Bu paranın yaklaşık yüzde 28'i reçeteli ilaçlara harcanmaktadır ancak geri kalanın çoğu doğrudan akıl sağlığı hizmetlerinden ziyade gelir desteği, barınma için devlet desteği ve benzeri harcamaları hedeflemektedir. Sonuç olarak ruh sağlığı hizmetleri için devlet finansmanı aslında yetersizdir. Fon sıkıntısından en çok ağır ruhsal

**çalışan yardım programı** Bir işletme tarafından çalışanlarına sunulan bir akıl sağlığı programı.

**stres azaltma ve problem çözme programı** Bir işletme tarafından sunulan ve ruh sağlığı uzmanlarının çalışanlara problemlerle nasıl başa çıkacaklarını ve stresi nasıl azaltacaklarını öğrettikleri bir çalışma grubu veya grup seansları dizisi.




AP Photo/Gerry Broome

**Ekonomik bir sarmalda yakalandı** Grup evlerinde kalanlar ve ruh sağlığı savunucuları, Medicaid ödeme yasası değişikliğini protesto etmek için Kuzey Karolina, Raleigh'deki yasama ofis binasında toplandı. Bu değişiklik, ağır ruhsal bozukluğu olan ve grup evlerinde kalanların grup evlerini kaybetmelerine ve yaşayacak hiçbir yerlerinin olmamasına neden olabilir.

bozukluğu olan insanlar etkilenmektedir. Toplum temelli hizmetler için bekleme listesindeki kişilerin sayısı 2002'de 200.000'den 2008'de 393.000'e yükselmiş ve eyalet raporlarına göre bu sayı son on yılda daha da artmıştır (Morris, 2017; NCBH, 2017).

Devlet finansmanı şu anda tüm ruh sağlığı hizmetlerinin yüzde 63'ünü kapsamakta ve geriye bireysel hastalar ve özel sigorta şirketleri için on milyarlarca dolarlık bir ruh sağlığı harcaması kalmaktadır (SAMHSA, 2017, 2014). Özel sigorta şirketlerinin ekonomideki bu büyük rolü, klinisyenlerin işlerini yapma biçimleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olmuştur. Bölüm 1'den hatırlayacağınız gibi bu şirketlerin çoğu, masraflarını azaltmak için danışanların hangi terapistleri seçebileceklerini, seansların maliyetini ve danışanların geri ödeme alabileceği seansların sayısını sigorta şirketinin belirlediği **düzenlenebilir bakım programları** geliştirmiştir (Bowers ve diğerleri, 2017, 2016). Bu ve diğer sigorta planları, sigorta şirketi için çalışan klinisyenlerin bir danışanın tedavi programını periyodik olarak gözden geçirdiği ve sigorta yardımlarının devam ettirilmesini veya durdurulmasını önerdiği **akran değerlendirme sistemlerinin** kullanımı yoluyla da masrafları kontrol edebilir. Genellikle sigortacılar terapistten, hasta hakkında mahrem kişisel bilgiler içeren raporlar veya seans notları talep eder.

Bölüm 1'de de okuduğunuz gibi birçok terapist ve danışan düzenli bakım programlarından ve akran değerlendirmelerinden hoşlanmaz (Kornack, Herscovich ve Williams, 2017; Decker, 2016). Terapistler, gizliliği korumak için çaba gösterilse bile terapistlerden istenen raporların gizliliği ihlal ettiğine ve belirli bir vakada terapinin öneminin bazen kısa bir raporda iletilmesinin zor olduğuna inanırlar. Ayrıca belirli durumlarda daha uzun süreli tedavi tavsiye edilse bile düzenli bakım programlarının önceliklerinin kaçınılmaz olarak tedaviyi kısalttığını iddia ederler. Öncelikler, daha umut verici uzun vadeli iyileşme sağlayabilecek daha maliyetli yaklaşımlara kıyasla kısa vadeli sonuçlar (örneğin ilaç tedavisi) sunan tedavileri de tercih edebilir (Bowers ve diğerleri, 2017, 2016). Tıp alanında olduğu gibi düzenli bakım programları nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerinden zamanından önce ayrılan hastalar hakkında rahatsız edici hikayeler vardır.

**Sigorta şirketleri tedavi yöntemleri, sıklığı ve süresi hakkında karar verirken bu durum danışanlara ve uygulayıcılara neye mal olmaktadır?**

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sigorta kapsamıyla ilgili bir başka önemli sorun da -ister düzenli bakım ister başka tür sigorta programları olsun- ruhsal rahatsızlıklar için yapılan geri ödemelerin ortalama olarak fiziksel rahatsızlıklar için olanlardan daha düşük olması ve psikolojik güçlükleri olan insanları önemli bir dezavantaja sokmasıdır (Thalmayer ve diğerleri, 2018). Okuduğunuz gibi federal hükûmet 2008'den 2016'ya kadar bu sorunu çözmeye çalışmıştır (bk. sayfa 18). 2008'de Kongre, zihinsel ve fiziksel sorunlar için eşit sigorta kapsamını zorunlu kılan bir eşitlik yasasını kabul etmiş ve 2014'te Uygun Fiyatlı Bakım Yasası'nın ("Obamacare") akıl sağlığı hükümleri, önceki yasa tasarısının kapsamını genişletmiştir. Ancak eğer Kongre'deki Uygun Fiyatlı Bakım Yasasını değiştirme veya yürürlükten kaldırma çabaları nihayetinde başarılı olursa zihinsel sağlık sigortası kapsamındaki federal eşitliğe ilişkin yetkilerin de sona ermesi mümkündür.

### #SigortaReddi

| | |
|---|---|
| %55 | Sigorta ödemelerini kabul etmeye istekli psikiyatristlerin yüzdesi. |
| %93 | Sigorta ödemelerini kabul eden diğer tüm doktor türlerinin yüzdesi. |

(Bilgi kaynağı: Pettypiece, 2015; Armut, 2013)

## Teknoloji ve Ruh Sağlığı

Bu kitap boyunca gördüğünüz gibi günümüzün sürekli değişen teknolojisinin ruh sağlığı alanında hem olumlu hem de olumsuz önemli etkileri olmaktadır ve kuşkusuz önümüzdeki yıllarda alanı daha da fazla etkileyecektir.

Dijital dünyamız, anormal davranışların dışavurumu için yeni *tetikleyiciler* sunmaktadır. Örneğin kumar oynama bozukluğu olan birçok kişinin uyumsuz davranışları, internette kumar oynamanın mümkün olmasıyla daha da kötüleşmiştir (bk. sayfa 325). Benzer şekilde internet; mesajlaşma ve sosyal ağlar artık başkalarını takip etmek veya onlara zorbalık yapmak, cinsel teşhircilik yapmak, pedofilik arzuların peşinden gitmek veya diğer parafilik bozuklukları tatmin etmek isteyenler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır (bk. sayfa 348, 437) ve birçok klinisyenin görüşüne göre sürekli mesajlaşma, tweet atma ve internette gezinme, insanların dikkat sürelerini kısaltmaya ve dikkat sorunları için bir temel oluşturmaya sebep olabilir.

Araştırmalar, anormal davranışlar için yeni tetikleyiciler sunmanın ötesinde günümüz teknolojisinin yeni psikolojik bozuklukların oluşmasına da yardımcı olduğunu göstermektedir. Bölüm 10'da okuduğunuz gibi böyle bir örüntü aşırı ve işlevsiz mesajlaşma, tweet atma, ağ oluşturma, internette gezinme, e-posta gönderme, blog oluşturma, çevrim içi alışveriş yapma veya çevrim içi pornografik kullanım ile tanımlanan bir sorun olan *internet kullanım bozukluğudur* (Lindenberg ve ark., 2018) (bk. sayfa 326). DSM-5'i hazırlayanlar, bu bozukluğun DSM'nin gelecekteki revizyonlarına dâhil edilmesi muhtemel olduğu için düşünülmesini önermişlerdir. Benzer şekilde internet, belirli türdeki anormal davranışlara yeni bir teşhircilik özelliği getirmiştir. Örneğin Bölüm 7'de okuduğunuz gibi giderek artan sayıda insan, gelenekselleşen ve özel olarak gerçekleştirilen intihar eylemleri veya kendine zarar verme eylemlerine katılarak videolarını yayınlamak için sosyal ağları kullanmaktadır (bk. sayfa 214-216).

Ayrıca klinik uygulayıcılar ve araştırmacılar arasında, günlük sosyal ağların bile psikolojik işlev bozukluğuna katkıda bulunabileceği konusunda giderek artan bir kabul vardır. Birçok güçlü etkisine ek olarak araştırmalara göre sosyal ağ, bazı ergenlerde akran baskısı ve sosyal kaygı için yeni bir alan sağlayabilir (Gao ve diğerleri, 2018; Levula ve diğerleri, 2018). Örneğin bazı kişilerin ağlarındaki diğer kişilerin onları sosyal olarak dışlayacağı korkusu geliştirmesine neden olabilir. Benzer şekilde klinisyenler sosyal ağların utangaç veya sosyal olarak endişeli kişilerin değerli yüz yüze ilişkilerden çekilmelerine yol açabileceğinden endişe duymaktalardır.

Bu kitap boyunca okuduğunuz gibi hızlı hareket eden dijital dünyamızda klinik tedavinin çehresi de genişlemiştir. *Telemental sağlık* yani terapist fiziksel olarak mevcut olmadan ruh sağlığı hizmetleri sunmak için çeşitli teknolojilerin kullanımı artık oldukça yaygındır (Comer ve diğerleri, 2019, 2017; Adams ve diğerleri, 2018). Danışanlar ve terapistler arasında video konferansın kullanıldığı uzun mesafeli terapi (bk. sayfa 446), bilgisayar programları tarafından sunulan terapi, video oyunu benzeri avatarların kullanımıyla geliştirilmiş tedavi ve diğer sanal gerçeklik deneyimleri (bk. sayfa 63, 118, 155) ve İnternet tabanlı destek grupları (bk. sayfa 20, 63) gibi farklı biçimlerde uygulanmaktadır. Ek olarak son beş yılda oluşturulan yüz binlerce yeni uygulamanın bir kısmı, insanların rahatlamasına, neşelenmesine veya değişen ruh hâllerini ve düşüncelerini takip etmesine yardımcı olmaya odaklanmış (bk. sayfa 193-194) ve birçok bilgisayar temelli egzersiz programı (bilişsel ve fiziksel) hem zihinsel sağlığı (özellikle bilişsel işlev ve ruh hali) hem de fiziksel sağlığı iyileştirmek amacıyla geliştirilmiştir (bk. sayfa 489).

Benzer şekilde çok sayıda web sitesi artık insanların kendilerini, arkadaşlarını ve aile üyelerini psikolojik sorunlar ve tedavi seçenekleri hakkında daha iyi bilgilendirmelerini sağlayan yararlı zihinsel sağlık bilgileri sunmaktadır (bkz. sayfa 20). Ne yazık ki bu çevrim içi bilgi zenginliği, bilgili veya yeterli olmayan kişiler ve siteler tarafından sunulan psikolojik sorunlar ve tedavileri hakkında yanlış bilgileri de beraberinde getirmektedir. Kalite kontrol konusu aynı zamanda internet tabanlı terapi, destek grupları ve benzerleri için de büyük bir sorundur ve Bölüm 7 ve 9'da okuduğunuz üzere günümüzde intihar yanlısı ve iştahsızlık yanlısı (çevrim içi topluluklar aracılığıyla iştahsızlığı destekleyen bir tutum veya hareket) siteler gibi insanları psikolojik sorunları için yardım aramaktan uzaklaştırmaya çalışan çok sayıda tedavi karşıtı site vardır (bk. sayfa 216, 277).

**düzenli bakım programı** Sigorta şirketinin maliyete, yönteme, terapiste ve tedavi süresine karar verdiği bir sigorta programı.

**akran değerlendirme sistemi** Bir sigorta şirketi tarafından ödeme yapılan klinisyenlerin bir hastanın ilerlemesini periyodik olarak gözden geçirebildiği ve sigorta yardımlarının devam ettirilmesini veya sonlandırılmasını önerdiği bir sistem.



AP Photo/Nati Harnik

**Psikolojinin erişimini genişletmek** Bir çocuk, birkaç kasaba ötede bulunan bir psikolog (ekranda solda) ve doktor (sağda) ile buluşuyor. Video konferans yoluyla uzaktan terapi, giderek daha fazla kullanılan bir telemental sağlık biçimidir.

Ruh sağlığı alanında yeni teknolojilerin kullanımının artması sonucunda ne gibi etik kaygılar veya sorunlar ortaya çıkabilir?

Açıkça görülüyor ki, teknolojik değişimin ruh sağlığı alanı üzerindeki artan etkisi, hem klinisyenler hem de araştırmacılar için bir takım zorluklara sebep olmaktadır. Bu kitap boyunca tartışılan teknolojik uygulamaların çok azı iyi anlaşılmış ve çok azı kapsamlı araştırmalara tabi tutulmuştur. Ancak, daha önce de belirttiğimiz gibi, teknoloji ve ruh sağlığı arasındaki ilişki hızla büyümektedir. Bu büyümeyi ve sonuçlarını anlamak, alanda çalışan herkesin görevidir.

## Peki, Ya Ruh Sağlığı Uzmanının Durumu?

Klinik araştırmacıların ve uygulayıcıların eylemleri yalnızca toplumdaki diğer güçleri etkilemekle ve onlardan etkilenmekle kalmaz, aynı zamanda kendi kişisel ihtiyaç ve hedefleri ile de yakından ilişkilidir (bk. ***Bilgi Merkezi***). Klinisyenlerin kendi dayanıklılıklarının, kusurlarının, ilimlerinin ve beceriksizliklerinin teorik yönelimlerini, danışanlarla etkileşimlerini ve çalışmayı seçtikleri danışan türlerini etkileyebileceğini gördünüz. Ayrıca kişisel eğilimlerin bazen profesyonel standartları ve vicdani endişeleri nasıl geçersiz kıldığını ve bazı uç durumlarda klinik bilim insanlarını araştırma sahtekarlığı yapmaya ve klinik uygulamacıları danışanlara cinsel tacizde bulunmaya nasıl yönlendirdiğini gördünüz.

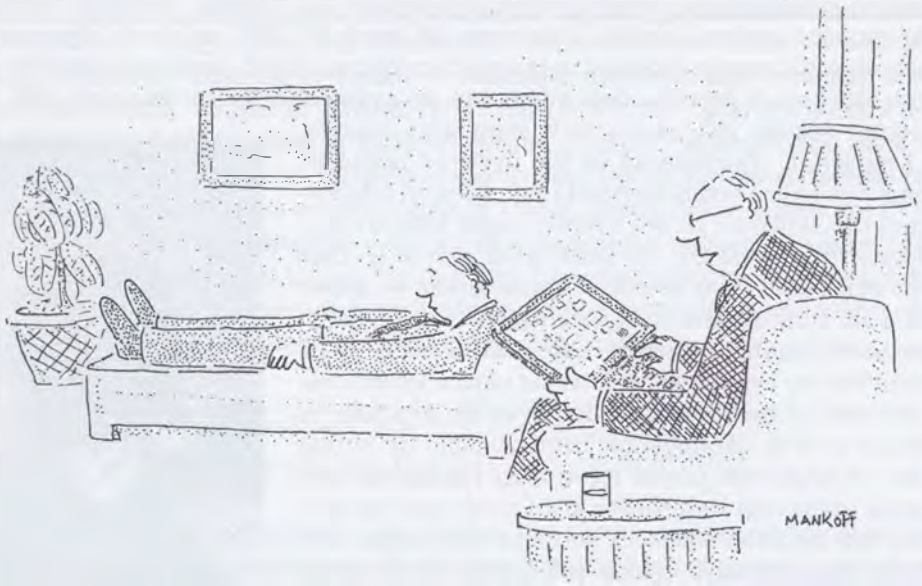
Terapistlerin ruh sağlığına ilişkin anketler, terapistlerin yüzde 84'ünün en az bir kez terapi gördüğünü bildirmiştir (Pope ve Wedding, 2019; Pope ve Vasquez, 2016). Terapistlerin terapi görme sebepleri başında ilişki sorunları, depresyon ve kaygı gibi büyük ölçüde diğer danışanlarınkiyle benzer sebepler yer almaktadır. Ve diğer insanlar gibi, terapistler de genellikle psikolojik sorunlarını kabul etmekte isteksizdirler.

Neden bu kadar çok terapistin psikolojik sorunları olduğu belli değildir. Belki de işleri oldukça stresli olduğu içindir; araştırmalar, terapistlerin genellikle bir dereceye kadar mesleki tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir (Hammond, Crowther ve Drummond, 2018) ya da belki terapistler kendi olumsuz duygularının daha çok farkındalardır veya sorunları için tedavi aramaya daha yatkınlardır. Alternatif olarak kişisel kaygıları olan kişiler klinik çalışmayı meslek olarak seçmeye daha meyilli olabilirler. Sebep ne olursa olsun klinisyenler, diğer önemli faktörlerin yanı sıra danışanları nasıl dinlediklerini ve onlara nasıl yanıt verdiklerini etkileyebilecek bir dizi psikolojik sorunu beraberlerinde getirirler.

### #ÖzlüSözler

"Yarım asır boyunca psikoloji alanında çalıştıktan sonra bu alana olan tutkum her zamankinden daha büyük."

Phillip Zimbardo, ünlü ve etkin psikolog, Stanford Hapishane Deneyi




© Bob Mankoff/www.cartoonstock.com

*"Eyvah! Az önce tüm dosyalarınızı sildim. Bana söylediğiniz her şeyi tekrar edebilir misiniz?"*

# KIŞISEL VE PROFESYONEL KONULAR

Herkes gibi klinisyenlerin de her biri işlerini etkileyebilecek kişisel ihtiyaçları, bakış açıları, amaçları ve sorunları vardır. Terapistler genellikle, bu tür değişkenlerin danışanlarıyla olan etkileşimleri üzerindeki etkisini en aza indirmeye çalışırlar ve buna Freud'un kuramında karşıaktarım adı verilir. Bununla birlikte, araştırmalar, en azından bir dereceye kadar terapistlerin kişisel sorunlarının, danışanlarla nasıl ilgilendiğini etkilediğini göstermektedir.

## GEÇMİŞ ZAMANLAR

Terapistlerin geçmiş zamanlarda yaşadığı ortak olaylar

- Kişisel sıkıntı yaşamak
- Başkalarının sıkıntılarına tanık olmak
- Başkalarının davranışlarını ve duygularını gözlemlemek; psikolojik olarak düşünceli olmak
- Okuma yapmak
- Terapide görmek
- Başkalarının dert ortağı olmak
- Başkalarının davranışlarını modelle
- Bir akıl hocasından öğrenmek

(Miller, 2017; Pope ve Vasquez, 2016; Farber ve ark., 2005)

İnsanların terapist olmasının en önemli 5 nedeni




(Miller, 2017; Waters, 2015; Farber vd., 2005; Norcross ve Farber, 2005)

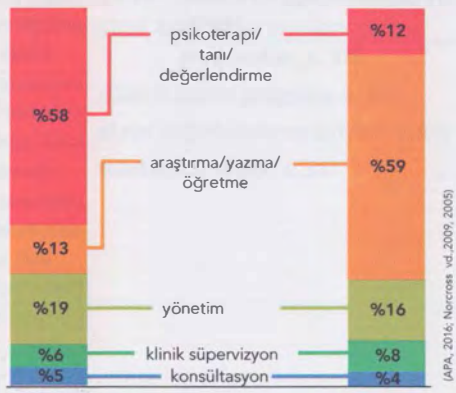
## KLİNİK KARİYER

**Klinik psikologlar kariyerlerinden ne kadar memnunlar?**




(Goetz vd., 2018; Rupert vd., 2012; Norcross vd., 2005)

Klinik psikologlar profesyonel olarak zamanlarını nasıl geçirirler?

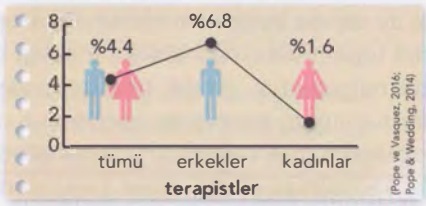



(APA, 2016; Norcross vd., 2009, 2005)

## KLİNİK UYGULAMADA ETİK

Alanın etik kuralları bunu açıkça yasaklasa da, bazı terapistler danışanlarıyla cinsel ilişkiye girerler. Bu, mesleğin güven ve sınırlar konusunda en korkunç ihlalidir ve genellikle danışanlara ciddi psikolojik zarar verir.

Kim bir danışanıyla cinsel ilişkiye girer?



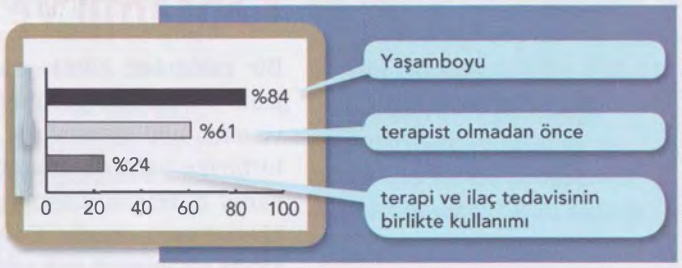

(Pope ve Vasquez, 2016; Pope & Wedding, 2014)

### Danışanlar üzerindeki etkileri

- Kararsızlık
- Suçluluk
- Boşluk ve izolasyon
- Cinsel karışıklık
- Güvenememe
- Roller ve sınırlar konusunda kafa karışıklığı
- Duygusal hasar
- Bastırılmış öfke
- Artan intihar riski
- Bilişsel işlev bozukluğu

(Pope ve Wedding, 2019; Pope ve Vasquez, 2016; Pope, 1994, 1988)

## TERAPİDEKİ KLİNİSYENLER




(Pope ve Vasquez, 2016; Bearse vd., 2014)

### Klinisyenlerin bir terapistte aradıkları en önemli nitelikler

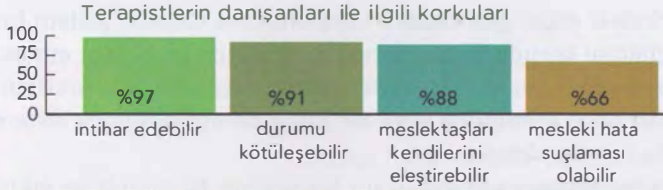
- yeterlilik
- Sıcaklık ve şefkat
- Klinik deneyim ve mesleki itibar
- Açıklık
- Aktif terapötik tarz
- Esneklik

(Hill ve diğerleri, 2017; Norcross ve diğerleri, 2009, 2005)

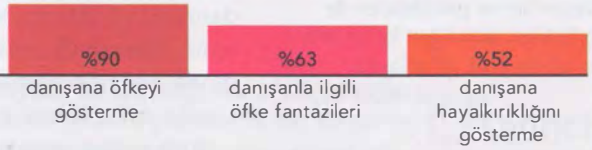


## DUYGUSAL BOYUT

Terapistlerin danışanları ile ilgili korkuları




terapistlerin danışanlarına öfkeleri




(Pope ve Vasquez, 2016; Pope ve Tabachnick, 1993; Pope vd., 1987)

Anormal psikoloji bilimi ve mesleği, anormal davranışı anlamaya, tahmin etmeye ve değiştirmeye çalışır. Ancak ruh sağlığı araştırmacılarının ve klinisyenlerinin de insan olduğu, insanlar içinde yaşadığı ve insanlara hizmet etmek için çalıştığı gerçeğini gözden kaçırmamalıyız. Bu kitap boyunca karşılaştığınız keşfetme, yanlış yönlendirme, umut verme ve hayal kırıklığı karışımı bu nedenle beklenebilir. Bunu düşündüğünüzde insan davranışının incelenmesi ve tedavisi gerçekten başka bir şekilde ilerleyebilir mi?

## ...ÖZETLE...

**ETİK, EKONOMİK, TEKNOLOJİK VE KİŞİSEL FAKTÖRLER** Her klinik mesleğin birtakım etik kuralları vardır. Psikologların kuralları, sahte araştırmalara, danışanlardan ve öğrencilerden (cinsel olarak veya başka şekilde) yararlanmaya ve gelişmiş sorgulama programlarına katılmaya veya bu programlara yardım etmeye karşı yasakları içerir. Ayrıca hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi için yönergelerden oluşur. California Üniversitesinden Tarasoff v. Regents davası, terapistlerin danışanı veya başkalarını zarardan korumakla yükümlü olduğu ve gizliliği ihlal etmesi gereken koşulların belirlenmesine yardımcı olmuştur.

Klinik uygulama ve çalışma aynı zamanda iş ve ekonomi dünyalarıyla da kesişir. Klinisyenlerden iş yerindeki psikolojik sorunları çözmeleri istenebilir. Buna ek olarak özel sigorta şirketleri sıklıkla terapi prosedürlerini, tedavi süresini, terapi odağını, gizliliği ve tedavinin kalitesini etkileyen -bazen olumsuz yönde- düzenli bakım programları ayarlar.

Son zamanlardaki teknolojik gelişmeler, psikopatoloji için yeni tetikleyicilere, yeni psikopatoloji biçimlerine ve çeşitli telemental sağlık türlerine katkıda bulunarak ruh sağlığı alanını etkilemiştir.

Ruh sağlığı faaliyetleri, klinik hizmetler sunan insanların kişisel ihtiyaçlarından, değerlerinden ve hedeflerinden etkilenir. Bu faktörler kaçınılmaz olarak bu kişilerin işlerinin yönünü hatta kalitesini etkiler.

## #ÖzlüSözler

"Görelilik fizik için geçerlidir, etik için değil."

Albert Einstein, fizikçi, Görecelilik teorisi

# Kapsamlı ve Büyük Bir Sistem

Bir zamanlar, klinik araştırmacılar ve profesyoneller çalışmalarını büyük ölçüde izole bir şekilde yürütüyorlardı. Bugün ise bu alandaki faaliyetlerin yasama, yargı ve ekonomik sistemlerle ve teknolojik güçlerle de sayısız bağlantısı vardır. Bu artan birbirine bağlı olmanın bir nedeni, klinik alanın toplumumuzda yüksek bir saygı ve kabul düzeyine ulaşmasıdır. Klinisyenler artık milyonlarca insana birçok yönden hizmet vermektedir. Eğitimden ekolojiye kadar toplumun neredeyse her yönü hakkında söyleyecek çok şeyleri vardır ve geniş çapta uzmanlık kaynakları olarak görülmektelerdir. Bir alan bu kadar öne çıktığında, kaçınılmaz olarak diğer kurumların nasıl yönetildiğini de etkiler. Aynı zamanda kamuoyunun dikkatini çeker ve çeşitli kurumlar bu alandaki faaliyetlere göz kulak olmaya başlar.

Psikolojik sorunları olan kişiler bir terapistten yardım istediklerinde birbirine bağlı birçok parçadan oluşan karmaşık bir sisteme girerler. Nasıl kişisel sorunları bir sosyal yapı içinde büyüdüyse tedavileri de daha büyük bir sistemin çeşitli bölümlerinden -terapistin değerleri ve ihtiyaçları, yasal ve ekonomik faktörler, toplumsal tutumlar, teknolojik değişiklikler ve diğer güçlerden- etkilenecektir. Bu birçok güç, klinik araştırmaları da etkiler.

Bu daha büyük sistemin bireyin psikolojik ihtiyaçları üzerindeki etkileri, tıpkı bir ailenin her bir üyesi üzerindeki etkisi gibi olumlu veya olumsuz olabilir. Sistem bir danışanın haklarını ve gizliliğini koruduğunda, örneğin, danışana iyi hizmet etmektedir. Ekonomik, yasal veya diğer toplumsal güçler tedavi seçeneklerini sınırladığında, tedaviyi zamanından önce kestiğinde veya bir kişiyi damgaladığında sistem kişinin sorunlarına katkıda bulunmaktadır.

Ruh sağlığı mesleğinin toplumumuzda muazzam bir şekilde büyümesi ve etkisi nedeniyle mesleğin güçlü ve zayıf yönlerini anlamamız önemlidir. Bu kitap boyunca gördüğünüz gibi alan özellikle son birkaç on yılda çok fazla bilgi toplamıştır. Ancak

## #ÖzlüSözler

"Einstein ile... sohbet ederek iki saat geçirdim... Neşeli, kendinden emin ve sevecen biri ve psikolojiden de benim fizikten anladığım kadar anlıyor, bu yüzden çok iyi anlaştık."

Sigmund Freud, 1927

ruh sağlığı uzmanlarının bilmedikleri ve yapamayacakları, bildiklerinden ve yapabileceklerinden daha ağır basmaktadır. Doğrudan veya dolaylı olarak klinik alana yönelen herkes, onun genç ve kusurlu olduğunu kabul etmelidir. Toplum, davranışlar konusunda çok meraklıdır ve çoğu zaman bilgi ve yardıma ihtiyaç duyar. Ancak toplum olarak hatırlamamız gereken şey, alanın hala gelişmekte olduğudur.

## Anahtar Terimler

adli psikoloji, s. 496
cezai sorumluluk, s. 496
akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuz (NGRI), s. 496
M'Naghten testi, s. 497
karşı konulmaz dürtü testi, s. 497
Durham testi, s. 497
Amerikan Hukuk Enstitüsü (ALI) testi, s. 497
suçlu ama akıl hastası, s. 500
kısıtlı kapasiteye sahip suçlu, s. 500
zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular, s. 501
cinsel şiddet gösteren sapkınlar için yasal düzenleme, s. 502
zihinsel yetersizlik, s. 502
zorunlu tedavi, s. 504
ayaktan zorunlu tedavi, s. 504
iki doktor onayı (2 adet), s. 505
tehlikelilik, s. 505
tedavi hakkı, s. 506
tedaviyi reddetme hakkı, s. 507
yanlış tedavi davası, s. 508
mesleki sınırlar, s. 509
jüri danışmanlığı, s. 509
görgü tanıklığı, s. 509
psikolojik profiller, s. 510
etik kurallar, s. 512
gelişmiş sorgulama, s. 512
gizlilik, s. 513
koruma görevi, s. 513
çalışan yardım programları, s. 515
stres azaltma ve problem çözme programları, s. 515
düzenli bakım programı, s. 516
akran değerlendirme sistemi, s. 516
telemental sağlık, s. 517

## Hızlı Kısa Sınav

1. M'Naghten, karşı konulmaz dürtü, Durham ve ALI delilik testlerini kısaca açıklayın. Sanıkların delilik nedeniyle suçlu olup olmadıklarını belirlemek için günümüzde hangi testler kullanılmaktadır? s. 496-498
2. Suçlu ama akıl hastası olanlar, kısıtlı kapasitesi olan suçlular, zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular ve cinsel şiddet gösteren sapıklar için hüküm ve yasaları açıklayın. s. 501-502
3. Sanıkların yargılanmak için zihinsel olarak yetersiz olup olmadığını belirlemenin arkasındaki nedenler ve prosedürler nelerdir? s. 502-503
4. Zorunlu tedavi nedenleri nelerdir ve nasıl gerçekleştirilir? Zorunlu tedavi konusunda ne gibi eleştiriler yapılmıştır? s. 504-506
5. Mahkeme kararları ve mevzuat, psikolojik bozukluğu olan hastalara hangi hakları garanti etmektedir? s. 506-508
6. Yasama ve yargı sistemleri, klinik uygulamanın mesleki sınırları konusunu nasıl etkiler? s. 509
7. Klinik araştırmacılar, görgü tanıklığı ve suç davranışı hakkında ne öğrenmişlerdir? Ceza davalarında psikolojik profil çıkarma uygulaması ne kadar doğru ve etkilidir? s. 509-511
8. Psikologların etik kuralları hangi kilit konuları kapsamaktadır? Terapistler hangi koşullarda gizlilik ilkesini çiğnemelidir? s. 512-513
9. İş ortamlarında psikolojik sorunların önlenmesi ve tedavisi için ne tür programlar oluşturulmuştur? Ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı ve sigortasında son yıllarda hangi eğilimler ortaya çıkmıştır? s. 515-516
10. Ruh sağlığı alanının son yıllardaki teknolojik gelişmelerden nasıl etkilendiğini ve bunlarla nasıl başa çıktığını açıklayın. s. 516-518

*Başlatma Çubuğunu ziyaret edin*
E-kitap, Klinik Tercihler, videolar, aktiviteler ve öğrenme grafikleri ile flaş kartlar ve araştırma egzersizlerine ulaşmak için Başlatma Çubuğunu ziyaret edin.
LaunchPad

# Sözlük

## A

**A tipi kişilik tarzı:** Sürekli olarak düşmanca tutum içinde kızgın, alaycı, azimli, sabırsız, rekabetçi ve hırslı olma durumu ile karakterize bir kişilik örüntüsü.

**ABAB deseni:** Bir davranışın müdahale koşullarına bağlı olarak değerlendirildiği tek denekli deneysel araştırma deseni. Bu desende 4 sefer ölçüm alınır: müdahale öncesi yani temel ölçümde, müdahale uygulandıktan sonra temel ölçüm koşullarına yeniden dönüldüğünde ve müdahale yeniden uygulandıktan sonra. Aynı zamanda tersine çevrilmiş desen adıyla da anılır.

**Açık içerik:** Rüyanın bilinçli olarak hatırlanan yönleri.

**Adli psikoloji:** Adalet sistemine özgü psikolojik uygulama ve araştırmalarla ilgilenen psikoloji alt dalı. Aynı zamanda adli psikiyatri alanı ile de ilgilidir.

**Afet Tepki Ağı:** Kuzey Amerika'da yaşanan farklı afet bölgelerinde ücretsiz psikolojik hizmet sunan binlerce gönüllü ruh sağlığı uzmanının oluşturduğu bir ağ.

**Afyon (Opium):** Haşhaş öz suyundan elde edilen yüksek düzeyde bağımlılık yapan madde.

**Ağır entellektüel yetersizlik:** Bu tür bireyler (20-34 IQ), genellikle bebeklik döneminde temel motor becerilerde ve iletişim becerilerinde yetersizlikler gösterir; yakın süpervizyon altında oldukça yapılandırılmış bir ortama gereksinim duyarlar.

**Ağırlık referans noktası:** Kısmen hipotalamus tarafından kontrol edilen, vücut ağırlığının belirli bir aralıkta değişmesi durumu.

**Agorafobi:** Bir kişinin panik benzeri belirtiler yaşarsa kaçmanın veya yardım almanın zor olabileceği (veya utanç verici bir duruma düşebileceği) halka açık alanlarda veya durumlarda bulunmaktan korktuğu bir tür kaygı bozukluğu.

**Agranulositosis:** Beyaz kan hücrelerinin (lökositlerin) yaşamı tehdit eder ölçüde azalması. İkinci nesil bir antipsikotik ilaç olan clozapin adlı ilacın kullanımı ile bazen görülebilen bir durum.

**Aile sistemleri kuramı** Aileyi, birbiri ile etkileşim halinde olan parçalardan oluşan bir sistem olarak gören ve bu etkileşimin kendi içinde tutarlı örüntüler ve yazılı olmayan kurallar barındırdığını belirten kuram.

**Aile soyağacı çalışması:** bir bozukluğu olan kişinin hangi ve kaç yakınının aynı sorundan muzdarip olduğuna karar vermesini sağlayan araştırma deseni.

**Akıl sağlığı yerinde olmadığı için suçsuzluk:** Suç işledikleri sırada akli dengesi yerinde olmadığını gerekçe göstererek failin suçsuz olduğuna dair verilen mahkeme kararı.

**Akıl sağlığında acil müdahale:** Tuhaf ve sıra dışı davranan hastanın geçici süreyle bir akıl hastanesinde tutulması durumu.

**Akılcı duygusal terapi:** A. Ellis'in geliştirdiği ve danışanların sahip olduğu akılcı olmayan varsayımlar üzerinde duran, daha uygun varsayımlar öneren ve danışanlara eski varsayımlara meydan okuma ve yeni varsayımları uygulama konusunda pratik yapma ödevleri veren terapi yaklaşımı.

**Akran değerlendirme sistemi:** Sigorta şirketinin ödeme yaptığı klinisyenin düzenli olarak hastanın ilerlemesine dair gözden geçirmelerle rapor vermesi ve sigorta imkanlarının sürmesi veya durdurulmasını içeren sistem.

**Akson:** Nöronun gövdesinden çıkan uzun sinir lifi.

**Aktarım:** Psikodinamik kuramcılara göre danışanların, geçmişte veya bugün hayatlarındaki diğer önemli kişilere benzer duyguları terapiste karşı yönlendirilmesi.

**Akut Stres Bozukluğu:** Travmatik veya zorlayıcı bir yaşam olayı ardından korku ve ilişkili belirtilerin bir aydan daha kısa süre ile görüldüğü bir bozukluk.

**Alkol dehidrogenaz:** Kana karışmadan önce alkolü midede parçalayan bir enzim.

**Alkol kullanım bozukluğu:** Tekrarlı şekilde alkol kötüye kullanımı veya alkol kullanımı üzerinde kontrol kaybının görüldüğü bir bozukluk. Aynı zamanda alkolizm olarak da bilinir.

**Alkol:** Bira, şarap ve likör gibi etil alkol içeren herhangi bir içecek.

**Aloji:** Şizofrenide görülen konuşma miktarında veya içeriğinde azlık, konuşmama. Konuşma fakirliği olarak da bilinir.

**Alprazolam:** Kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu ispatlanan bir tür benzodiazepin. Ticari ürün olarak eczanelerde Xanax ismi ile bilinir.

**Alt kişilikler:** Disosiyatif kişilik bozukluğundan muzdarip kişilerde iki veya daha fazla ayrık kişilikler, aynı zamanda alter kişilikler olarak da bilinir.

**Alturistik intihar:** Toplumun refahı adına kasıtlı biçimde kendini feda edip intihar etme.

**Alzheimer Hastalığı:** Genellikle 65 yaşından sonra görülen ve bellek bozulma ile karakterize en yaygın görülen nörobilişsel bir bozukluk.

**Amenore:** Mensturel döngünün olmaması.

**Amerikan Hukuk Enstitüsü Testi:** Kişinin bir suç işlediği esnada psikolojik bir rahatsızlıktan ötürü doğru ile yanlışı ayıramaması veya dürtüsel bir eylemi sergileme konusunda kendini engelleyememesinden ötürü cezai ehliyetinin olmadığına karar verilmesi için uygulanan yasal test.

**Amfetamin psikozu:** Yüksek doz amfetamin kullanımından dolayı ortaya çıkan psikotik belirtiler ile karakterize bir sendrom. Kokain psikozuna da benzer.

**Amfetamin:** Laboratuvarda üretilen uyarıcı ilaç.

**Amigdala:** Duygular ve bellekte kilit rol oynayan bir beyin yapısı.

**Amiloid beta proteini:** Alzheimer hastalığı ve yaşlanma ile ilişkilendirilen, senil plakları adındaki küre şeklindeki depo yapıları oluşturan küçük protein molekülleri.

**Amnezi:** Bellek kaybı.

**Anal evre:** Psikanalitik kurama göre 18. aydan itibaren çocuğun zevk alanının anüsüne dönme evresi.

**Analog deney:** Araştırmacının, laboratuvar ortamında katılımcılar anormal davranışa benzer davranışlar sergilemesini sağladıktan sonra deneysel olarak incelemesine dayalı bir araştırma yöntemi.

**Analog gözlem:** Klinisyenin ofisi veya laboratuvar gibi doğal olmayan ortamlarda insan davranışlarını gözleme yöntemi.

**Anestezi:** Dokunma algısında ya da ağrı hissetmede azalma ya da tamamen ortadan kalkma durumu.

**Anksiyete/Kaygı bozukluğu:** Kaygının ana belirti olduğu psikolojik soruna verilen isim.

**Anksiyete/Kaygı duyarlığı:** Kişinin kendi bedensel duyumlarına odaklanma, bu duyumları olduğundan farklı görerek tehlike sinyali olarak görme eğilimi.

**Anksiyete/Kaygı:** Büyük ölçüde belirsiz bir tehdit veya tehlikeye yönelik merkezi sinir sisteminin fizyolojik ve duygusal tepkisi. Aynı zamanda kaygı olarak da bilinir.

**Anksiyolitik:** Kaygıyı azaltan ilaçlar.

**Anoksi:** Bebeğin doğum anında oksijensiz kalması durumu.

**Anomik intihar:** Farklı alanlarda stabilite veya tutarlık sağlamayan ve dolayısıyla ait olma duygusu yaratmayan sosyal çevreye sahip bir bireyin intihar etmesi durumuna verilen ad.

**Anoreksiya Nervosa:** Süregelen aşırı ölçüde zayıflık ve kilo kaybı ile kendini gösteren bir psikolojik rahatsızlık.

**Anormal psikolojisi:** Anormal davranışın tanımlanması, öngörülmesi, açıklanması ve anormal düzeydeki işlevsellik

örüntülerini değiştirmeye yönelik bilimsel çalışma alanı.

**Antabus (Disulfiram):** Alkol ile birlikte alındığında yoğun baş dönmesi, bulantı, kusma, kalp atışında artış ve sersemliğe yol açan bir ilaç. Sıklıkla alkol almayı bırakmaya çalışan insanlara verilir.

**Antagonist ilaçlar:** Bağımlılık yapan bir ilacın etkilerini değiştiren veya engelleyen ilaçlar.

**Antianksiyete ilaçları:** Gerginlik ve kaygıyı azaltmaya yardımcı psikotropik ilaçlar. Aynı zamanda minör trankilizanlar, anksiyolitikler veya kaygı karşıtı ilaçlar olarak da anılırlar.

**Antibipolar ilaçlar:** Bipolar bozukluktan muzdarip insanlarda duygudurumu stabilize hâle getirmek için kullanılan ilaçlar. Aynı zamanda duydgudurum stabilizerleri veya bipolar karşıtı ilaçlar olarak da anılırlar.

**Antibodiler:** Vücuttaki bakteri veya virüs gibi yabancı maddeleri tespit ederek yok eden vücut kimyasalları.

**Antidepresan ilaçlar:** Depresyondaki insanların duygudurumunu düzeltmek için kullanılan psikotropik ilaçlar.

**Antijen:** Bakteri veya virüs gibi vücuda giren yabancı maddeler.

**Antipsikotik ilaçlar:** Çoğunlukla psikotik rahatsızlıklarda gerçekle bağlantının kopuk olması veya bozuk düşünce içeriğindeki bozulmaları düzeltmeye yardımcı olan ilaçlar.

**Antisosyal kişilik bozukluğu:** Genel olarak diğer insanlara saygı duymama, onları görmezden gelme veya umursamama hâli ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

**ApoE-4 geni:** ApoE-4 geninin bir türü, toplam nüfusun %30'unda kalıtsal olarak nesilden nesile aktarılır. Bu geni olan insanların Alzheimer hastalığına yakalanma yatkınlığı yüksektir.

**Aralıklı patlayıcı bozukluk** Tekrarlayıcı, herhangi bir kışkırtmaya gerek olmadan denetim altında tutulamayan sözlü ve / veya davranışsal patlamaların belirgin olduğu bir dürtü kontrol bozukluğu.

**Araştırma Etik Kurulu:** Her araştırma yapılan kurumda, o kurumda yürütülen her çalışmayı, çalışmaların ilk önerildiği andan başlayarak gözden geçiren ve izleyen beş veya daha fazla üyeden oluşan bir komite.

**Aripiprazol:** Ticari ismi Abifly olan ikinci nesil bir antipsikotik ilaç.

**Artırıcı iletişim sistemi:** Otizm spektrum bozukluğu, entelektüel gelişim bozukluğu veya serebral palsi tanısı olan kişilerin bir tahta üzerinde veya bilgisayar vasıtasıyla resimlere, sembollere, harflere veya kelimelere işaret etmekle kullanılan bir sistem.

**Arzu evresi:** Cinsel tepkiler döngüsünün cinsellik, cinsel fantezi ve çekiciliğin yoğunlaştığı aşaması.

**Asetilkolin:** Depresyon ve demansla ilişkilendirilen bir nörotransmitter.

**Asilum:** İlk defa 16. yüzyılda popüler hâle gelen ve psikolojik sorunları olan insanlara bakım yapan bir kurum. Bu kurumların çoğu, bir tür hapishane hâline dönüşmüştür.

**Asperger sendromu:** Daha önce otizm spektrum bozukluğu tanısı olan insanlar arasında ciddi düzeyde sosyal ilişkilerde sorunları olan ancak görece yüksek düzeyde bilişsel işlevsellik ve dil becerileri gösterenler için kullanılan bir terim.

**Astım:** Soluk borusunun (trakenin) ve bornşların daralmasından ötürü nefes darlığı, hırıltılı soluk alıp verme, öksürme, boğulma hissiyle karakterize bir sağlık sorunu.

**Atıf/Yükleme:** Etrafımızda olanları olayları belirli nedenlere bağlayarak açıklama yaklaşımı.

**Aura:** Migren türü baş ağrısının öncesinde görülebilen uyarı duyumu.

**Ayaktan tedavi:** Hastanede geceyi geçirmeden bir klinikte, hastanede veya terapist ofisinde bir kişinin bir tanı veya tedavi alması durumu.

**Ayaktan tedavi programı:** Mahkemelerin ağır ruhsal bozukluğu olan kişileri toplum temelli tedavilere sevk ettiği yasal süreç.

**Ayrılık kaygısı bozukluğu:** Evlerinden, ebeveynlerinden ya da hayatlarındaki önemli kişilerden ayrıldıklarında genellikle bireylerde aşırı kaygı hatta panik ile kendini gösteren bozukluk.

## B

**B tipi kişilik tarzı:** Daha rahat, daha az saldırgan ve zamanı yönetme konusunda daha az endişe duyma şeklinde görülen bir kişilik örüntüsü.

**Bağımlı değişken:** Bir araştırmada bağımsız değişken manipüle edildikçe değişmesi beklenen değişken.

**Bağımlı kişilik bozukluğu:** Yapışkan ve itaatkâr, ayrılma korkusu ve süreklilik arz eder biçimde ilgi görme ihtiyacı örüntüsü ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

**Bağımlılık:** Zararlı etkilerine rağmen bir maddenin kullanımına veya bir davranışı sergilemeye dair kontrol kaybı, bağlılık; ısrarcı ve kompulsif biçimde tekrarlama hâli.

**Bağımsız değişken:** Deneysel bir çalışmada başka bir değişken üzerinde etkisi olan ve manipüle edilen değişken.

**Bağışıklık sistemi:** Antijen ve kanser hücrelerini tespit ve yok eden vücudu koruyan aktivite ve hücreler.

**Barbitüratlar:** Uyku getiren ve kaygıyı azaltan yatıştırıcı (sedatif), hipnotik ilaç grubuna verilen ad.

**Bastırma:** Egonun kabul edilmeyen dürtülerin bilince ulaşmasını engellemek üzere kullandığı bir savunma mekanizması.

**Batarya:** Her biri farklı beceri alanlarını ölçen bir grup testi içeren set.

**Beden aşağılama:** İnsanları aşırı kilolu olmaları veya daha seyrek görülse de zayıf olmalarından ötürü eleştirme eğilimi.

**Beden dismorfik bozukluğu:** İnsanların sürekli olarak fiziksel görünümlerinde belirli eksiklikler ve sorunlar olduğu inancı ile meşgul olması sorunu. Algılanan eksiklik veya sorun genellikle hayalî veya çok abartılıdır.

**Belirsizliğe tahammülsüzlük kuramı:** Yaygın kaygı bozukluğunda görülen ve bazı kişilerin meydana gelme olasılığı çok küçük olsa bile olumsuz olayların gerçekleşme olasılığına tahammül edemediğini vurgulayan kuram.

**Belirti:** Bir bozukluğun fiziksel ve psikolojik işareti.

**Bellek:** Geçmiş olayları ve geçmişte öğrenilen şeyleri hatırlama süreci.

**Bender-Gestalt Görsel-Motor Testi:** Bir katılımcıdan kartlar üzerindeki 9 basit deseni başka bir kağıda kopyalamasının istendiği nöropsikolojik bir test.

**Benzodiazepin:** Valium ve Xanax gibi en yaygın biçimde kaygı karşıtı olarak kullanılan ilaç grubu.

**Beslenme rehabilitasyonu:** Anoreksiya nervoza vakalarına yönelik tedavinin ilk aşamalarında destekleyici bakım hizmeti, günlük artırılmış kalori alımı, beslenme danışmanlığı, psikolojik destek ve bazı programlarda motivasyonel görüşmeyi de içecek şekilde sunulan tedavi yaklaşımı.

**Beyin dalgası:** Beyindeki nöronlar tarafından üretilen elektrik potansiyeli dalgalanmaları.

**Beyin döngüsü/devresi:** Beyindeki bazı yapıların birlikte işlev sergilemek, farklı türde davranışsal, bilişsel veya duygusal tepkiler göstermek için birbirini tetiklemek üzere oluşturdukları ağ, bütün.

**Beyin uyarılımı:** Beyni direkt veya dolaylı olarak uyararak psikolojik iyileşmeye yol açan müdahalelere verilen ad.

**B hücreleri:** Antibodi üreten bir lenfosit türü.

**Biçimsel düşünce bozukluğu** Düşüncenin üretimi ve organizasyonundaki bozukluk.

**Bilgisayarlı aksiyal tomografi (BT taraması):** Pek çok açıdan alınmış X-ışını görüntülerinin bir araya getirilmesinden oluşan bütünleşik beyin görüntüsü.

**Bilimsel yöntem:** Bir olguya yönelik anlayış geliştirmek üzere sistematik olarak dikkatli gözlemler yoluyla bilgi toplama ve değerlendirme süreci.

**Bilinçdışı:** Freudyen kuramda birçok davranışın kaynağı olduğu düşünülen anılar, deneyimler ve dürtülerin derinlerde saklanması.

**Bilinçli farkındalık meditasyonu:** İnsanlara meditasyon sırasında zihinlerinden akan düşünce ve duygulara dikkat etmelerini ve bu tür düşünceleri yargılamadan kabul etmelerini öğreten bir meditasyon türü.

**Bilinçli farkındalık temelli bilişsel-davranışçı terapi:** Danışana işlevsel olmayan düşünce ve endişelerine yönelik bilinçli farkındalık içinde olmasını öğreten bir terapi türü (sadece fark et ve kabul et).

**Biliş:** Düşünce, hatırlama ve öngörme kapasitesi.

**Bilişsel işlemleme terapisi:** Terapistlerin insanlara, travmatik deneyimler sonucunda geliştirdikleri işlevsel olmayan tutum ve yorumlama biçimlerini değiştirmek amacıyla yol gösterdikleri ve TSSB sorunu olan insanlar için hazırlanmış bilişsel bir müdahale.

**Bilişsel terapi:** Aaron Beck tarafından geliştirilen ve psikolojik sorunlara yol açan işlevsel olmayan varsayımlar ve düşünce biçimlerini tespit etmeyi ve değiştirmeyi hedefleyen bir terapi yaklaşımı.

**Bilişsel üçlü:** Aaron Beck tarafından önerilen ve insanları depresyona sürükleyen üç türde negatif düşünme tarzı. Bu üçlü kendi deneyimlerine, kendine ve geleceği yönelik negatif bakıştan oluşur.

**Bilişsel-davranışçı model:** Psikolojik sorunların nedeni olarak düşünce içeriği ve süreçleri ile davranışları önemseyen kuramsal perspektif.

**Bilişsel-davranışçı terapiler:** Zarar veren davranışları ve işlevsel olmayan düşünme biçimlerini değiştirmek üzere danışanlara yardımcı olmayı hedefleyen terapi yaklaşımları.

**Biopsikososyal kuramlar:** Anormalliği genetik, biyolojik, gelişimsel, duygusal, davranışsal, bilişsel, sosyal ve toplumsal etkilerin etkileşimi ile açıklayan kuramlar.

**Bipolar bozukluk:** Dönemler hâlinde mani ve depresyon gibi duygudurumların yaşandığı psikolojik bir bozukluk.

**Bipolar I bozukluğu:** Tam mani ve majör depresif bozukluk gözlenen bipolar bozukluk alt türü.

**Bipolar II bozukluğu:** Hafif mani (hipomani) ve majör depresif bozukluk gözlenen bipolar bozukluk alt türü.

bireyin davranışını, belleğini, odaklanmasını ve/veya öğrenme becerisini etkileyen beynin işleyişindeki bozulmaları içeren bir bozukluk grubu.

**Bireysel terapi:** Terapistlerin danışan gördükleri ve 15 dakika ile 2 saat arasında değişen seanslarla ilerleyen terapötik yaklaşım

**Biriktiricilik bozukkluğu:** Eşyaları saklamaları gerektiğini düşünmek, atmaya çalışmaktan çok rahatsız olmak ve eşyalarından ayrılmayı zorlaştırmasıyla yaşam alanlarını karmaşık hâle getiren bir bozukluk.

**birinci kuşak antipsikotik ilaçlar** Yirminci yüzyılın ikinci yarısında geliştirilen Fenotiyazinler ve diğer antipsikotik ilaçlar.

**Birincil kazanç:** Psikodinamik kuramda insanların somatik belirtileri içsel çatışmalarının dışa çıkmasını ve fark edilmesini engellediği zaman elde ettikleri kazanç.

**Birincil önleme:** Hastalıkların tamamen ortaya çıkmasını önlemek üzere tasarlanmış önleme müdahaleleri.

**Biyobelirteçler:** Genellikle bir hastalığa eşlik eden biyokimyasal, moleküler, genetik veya yapısal özellikler.

**Biyolojik geribildirim:** Danışana, bedeninde fizyolojik değişimler olurken haber vererek dikkat etmesini sağlayarak bu tepkileri istemli şekilde kontrol etmesine dayalı bir teknik.

**Biyolojik model:** İnsan davranışında kilit rolü oynayan biyolojik süreçleri temel alan kuramsal yaklaşım.

**Biyolojik terapi:** İnsanların psikolojik sorunların üstesinden gelmeleri için fiziksel ve kimyasal işlemler kullanılması durumu.

**Biyolojik uyarım testi:** Bir terapist veya araştırmacı yanında insanlara yoğun egzersiz yaptırarak veya panik atak geçirmesine yol açabilecek diğer bazı uygulamalar yaptırarak atak yaşamaları için kullanılan bir işlem.

**Boşalma:** Penis kökündeki kasların gerilmesi ile spermlerin dışarı atılması durumu.

**Boylamsal çalışma:** Aynı katılımcıların birçok durumda uzun bir süre gözlendiğini çalışma.

**Brodmann alan 25:** Beyinde işlevlerindeki anormalliklerin depresyonla ilişkilendirildiği bir beyin yapısı. Aynı zamanda subgenual singulat olarak da adlandırılır.

**Bufrenorfin:** Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde bir tür sürdürme terapisi aracı olarak kullanılan opioid madde yerine geçen ilaç.

**Bulimia nervosa:** Kilo almamak için zorla kumsa veya aşırı telafi edici davranışların takip ettiği tıkınırcasına yeme ataklarının gözlendiği bir psikolojik sorun. Aynı zamanda tıkınırcasına yeme çıkarma sendromu olarak da bilinir.

**"Büyük Beşli" kişilik kuramı:** Kişiliğin beş kapsamlı kişilik özelliği -açıklık, öz disiplin, dışa dönüklük, uyumluluk ve duygusal dengesizlik- ile tanımlanabileceğini ileri süren kuram.

**Büyüklük sanrısı:** Bir kişinin kendisinin büyük bir kaşif, tarihî bir karakter veya diğer türde belirli özellikleri olan önemli bir insan olduğuna inanması.

## C

**Çalışan desteği programı:** İşverenlerin çalışanlarına sunduğu akıl sağlığı programı.

**Çapraz tolerans:** Kişinin düzenli olarak kullandığı bir maddeye benzer olan diğer maddelere de tolerans geliştirmesi.

**Çift terapisi:** Terapistin, uzun süreli bir ilişkisi olan iki insanla çalıştığı psikoterapi formatı.

**Çift yön hipotezi:** Bazı ebeveynlerin çocuklarıyla iletişimde içerik olarak birbirine zıt mesajlar içeren mesajlar vermesinin şizofrenin ortaya çıkmasına yardımcı olduğunu öne süren kuram.

**Çifte maskeli desen:** Katılımcıların ya da araştırmacının, katılımcıların deneysel mi yoksa plasebo kontrol koşulunda mı olduklarını bilmedikleri bir deney. (Körlemesine desen olarak da bilinir.)

**Cinsel içerikli mesajlaşma:** Cep telefonları veya benzer dijital cihazlar arasında cinsel olarak açık şekilde içerik-özellikle de fotoğraf veya yazılı metin olarak- alıp gönderme durumu

**Cinsel işlev sorunu:** Israrlı biçimde cinsel davranışların bazılarında normal olarak işlev sergileyememe hâli ile görülen bir bozukluk grubu.

**Cinsel mazoşizm bozukluğu:** Bir insanın aşağılanmaktan, dövülmekten, bağlanmaktan ya da başka bir biçimde acı çekmek gibi açık davranışlar, cinsel dürtüler veya fantazilerden yineleyici ve yoğun bir biçimde cinsel uyarılma yaşaması ve bundan klinik olarak önemli ölçüde sıkıntı yaşaması şeklinde görülen bir parafili bozukluğu.

**Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu:** Cinsel birleşme sırasında dikkat çekici ölçüde fiziksel rahatsızlık duyma ile görülen bir cinsel işlev bozukluğudur.

**Cinsel sadizm bozukluğu:** Alenen bir başkasına fiziksel veya psikolojik acı çektirmekten, bu yöndeki dürtülerden veya fantazilerden yineleyici ve yoğun bir şekilde cinsel uyarılma yaşama bundan klinik olarak önemli ölçüde sıkıntı yaşaması şeklinde görülen bir parafili bozukluğu.

**Cinsel suçlu statüsü:** Bazı eyaletlerde yineleyici biçimde belirli cinsel suçlardan ötürü suçlu bulunan insanlara "zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlular" statüsü ataması durumu. Geçtiğimiz on yıllar içerisinde pek çok eyalette bu tür kanunlar kaldırıldı veya bu kararlar iptal edildi.

**Cinsel tepki döngüsü:** İstek, uyarılma, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşan cinsel aktivite esnasında davranış ve duyguların genel sıralaması.

**Cinsiyet değişimi ameliyatı:** Bir kişinin biyolojik olarak cinsel organlarını ve cinsiyet özelliklerini değiştiren cerrahi operasyon. Aynı zamanda cinsiyet onay ameliyatı veya cinsiyet olumlayıcı ameliyat adı da verilir.

**Cinsiyete duyarlı terapiler:** Batılı ülkelerde kadın olma ile ilişkili baskıları temel alan terapi yaklaşımı. Aynı zamanda feminist terapi olarak da anılır.

**Çocuk istismarı:** Çocuğa zarar vermek veya eziyet etmek amacıyla bir yetişkin tarafından kasıtlı olarak abartılı fiziksel veya psikolojik güç kullanımı.

**Çok ağır entellektüel yetersizlik:** Tüm grubun yaklaşık yüzde 3 ila 4'ünü oluşturan (20-34 IQ) ve genellikle dikkatli bir süpervizyon gerektiren ve bazı yapılandırılmış ve korunaklı ortamlarda temel düzey işleri yapabilen bir entellektüel yetersizlik düzeyi.

**Çok boyutlu risk perspektifi:** Bir bozukluğun ortaya çıkmasına yol açan birkaç türdeki risk faktörünü tanımlamaya odaklı kuram. Ne kadar çok faktör varsa risk o kadar yüksektir.

**Çok kültürlü yaklaşım:** Kültür, ırk, etnik köken, cinsiyet ve benzer faktörlerin davranış ve düşünceyi nasıl etkilediğini ve farklı kültür, ırk ve cinsiyetten insanların psikolojik olarak nasıl farklı olabileceğini ve tüm bunların anormal davranışın kökeni, doğası ve tedavisini anlamaya çalışan psikoloji alanı.

**Çok sonluluk:** Benzer gelişimsel geçmişi olan insanların benzer durumlara çok farklı tepkiler verebileceği ilkesi.

**Çoklu madde testi:** Aynı anda iki veya daha fazla maddeyi kullanma testi.

**Çözülme evresi:** Cinsel tepki döngüsünde orgazm sonrası gevşeme ve uyarılmada azalma ile karakterize son evre.

**Çözümleme:** Psikanalitik kuramda çatışmalarla yüzleşme, duyguları yeniden yorumlama ve sorunların üstesinden gelme süreci.

**C-reaktif protein (CRP):** Bedene yayılan ve iltihaplanma gibi çeşitli sorunlara ve hastalıklara yol açan protein.

**Creutzfeldt-Jakob hastalığı:** Kötüleşmeden evvel vücutta yavaş hareket ettiği için uzun süre kalan bir virüsten kaynaklanan bir nörogelişimsel bozukluk.

## D

**Danışan merkezli terapi:** Carl Rogers tarafından geliştirilen ve klinisyenlerin danışanları olduğu gibi kabul etmeleri, doğru biçimde empati kurmaları ve samimiyet-dürüstlük göstererek onlara yardımcı olmaya çalıştıkları insancıl terapi yaklaşımı.

**Danışmanlık psikolojisi:** Bağımsız şekilde kendi lisansüstü eğitim programı olan ve klinik psikolojiye benzeyen bir psikolojik sağlık alanı.

**Davranım bozukluğu:** Çocuğun tekrarlı biçimde başkalarının hakkını gasp etmesi ve insanlara ve hayvanlara fiziksel olarak eziyet etme, diğer insanların malına zarar verme ve diğer suç davranışlarında bulunma ile karakterize saldırganlık sergilediği bir bozukluk.

**Davranışlar:** Bir organizmanın çevresine verdiği tepkiler.

**Davranış odaklı terapi:** Soruna yol açan davranışları tespit etmek ve onları değiştirmeyi hedefleyen terapötik bir yaklaşım. Aynı zamanda davranış değişimi olarak da bilinir.

**Davranışsal aktivasyon:** Danışanın sistematik biçimde yaşamındaki yapıcı ve hoşa giden aktivitelerin sayısını arttırması için yönlendirildiği depresyona yönelik bir terapi yöntemi.

**Davranışsal tıp:** Bazı sorunları önlemek veya tedavi etmek üzere psikolojik ve fiziksel müdahaleleri birleştiren bir alan.

**Değer koşulları:** Danışan merkezli kurama göre kişinin, çocukken tabi tutulduğu standrartları telem alan kendini kabulü veya sevilebilirliğine yönelik içsel standartları.

**Değerlendiriciler arası güvenirlik:** Bir ölçüm aracının verdiği sonuçlarda, farklı değerlendiricilerin yaptığı değerlendirmeler arasında bir tutarlık olması hâliyle ortaya çıkan güvenirlik ölçümü.

**Değerlendirme:** Bir danışan veya araştırmaya katılan kişiye dair bilgileri toplama ve yorumlama süreci.

**Değişken:** Zaman, yer ve kişiler arasında değişen herhangi bir özellik veya olay.

**Dejavu:** Yeni karşılaşılan bir sahneyi veya durumu daha önce görmüş veya yaşamış gibi hissetme durumu.

**Delilik savunması:** Yasal bir durumla suçlanan kişinin suç anında delilik nedeniyle suçsuz olduğunu iddia etmesi.

**Delirium tremens (DT):** Alkol kullanım bozukluğu olan bazı insanlarda görülen dramatik bir yoksunluk tepkisi. Genelde zihin ve bilinç bulanıklığı ve korkunç görsel varsanılardan oluşur.

**Delirium:** Hızla ve akut biçimde ortaya çıkarak net ve organize biçimde konsantre olmayı ve düşünmeyi zorlaştıran rahatsızlık.

**Demonoloji:** Anormal davranışın kötücül ruhlar veya şeytan gibi doğaüstü güçlerden kaynaklandığına duyulan inanç.

**Dendrit:** Nöronun bir ucunda bulunan ve diğer nörondan aktarım aldığı uzantı.

**Denek:** Bir çalışmaya katılması için seçilen kişi, aynı zamanda katılımcı olarak da anılır.

**Deney:** Bir değişkenin manipüle edildiği ve manipülasyonun başka bir değişken üzerindeki etkisinin gözlemlendiği araştırma yöntemi.

**Deney grubu:** Bir deneyde incelenen bağımsız değişkene maruz kalan katılımcılar.

**Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma)-derealizasyon (gerçekdışılık) bozukluğu:** Israrcı ve tekrarlayan depersonalizasyon, derealizasyon veya ikisinin birden görüldüğü periyodların yaşandığı disosiyatif bozukluk.

**Depresan:** Merkezi sinir sisteminin aktivitelerini yavaşlatıp belirli dozları gerginlik ve ketlenmede azalma yaratan bir madde (depresant).

**Depresif bozukluklar:** Tek uçlu depresyonun belirgin olduğu bir grup bozukluk.

**Depresyon:** Üzüntü, enerji azlığı, düşük kendilik değeri, suçluluk ve benzeri belirtilerle kendini gösteren durum.

**Depresyonla ilişkili beyin devresi:** Devredeki işlev sorunlarının tek uçlu depresyona katkıda bulunduğu düşünülen ve beyinde yer alan devre. Prefrontal korteks, hipkampüs, amigdala ve subgenual singulattan (Aynı zamanda Brodmann 25. alan olarak da bilinir.) oluşan devre.

**Derin beyin uyarımı (DBU):** Beyinde korekts altı belirli kısımlara yerleştirile elektrotlar aracılığı ile beyin yapılarını uyarmaya dayalı ve depresyonda kullanılan bir tedavi prosedürü.

**Detoksifikasyon:** Sistematik biçimde tıbbi destek ile bir ilaçtan arınma durumu.

**Diazepam:** Piyasada Valium olarak bilinen benzodiazepin türü bir ilaç.

**Diensefalon:** Diğer işlevlerinin yanı sıra kısa süreli bellekteki bilgilerin uzun süreli belleğe aktarılmasında kilit rol oynayan beyin bölgesi. (Mamiller cisimleri, talamus ve hipotalamustan oluşur.)

**Dikkat devresi:** Dikkati toplama ve tip 1 ile tip 2 türündeki dikkat arasında bir denge kurma işlevi gösteren bir dizi beyin yapısının ortak adı.

**Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB):** Dikkatini toplayamama veya aşırı aktif ve dürtüsel olma veya ikisini de yaşama durumu ile karakterize bir bozukluk.

**Direnç:** Terapiye tamamen dahil olmayı veya katılmayı reddetme amacı taşıyan bilinçdışı istek.

**Disleksi:** insanların kelimeleri tanıma veya okuduklarını anlama konularında zorluk yaşadığı bir tür öğrenme güçlüğü sorunu.

**Disosiyatif amnezisi** Yaşamları hakkındaki özellikle de stresi tetikleyici nitelikleri olan önemli kişisel bilgileri ve olayları hatırlayamama durumu.

**Disosiyatif bozukluklar:** Belleğin veya kimliğin bir kısmının disosiyatif olduğu/çözüldüğü veya diğer parçalarından ayrıştığı rahatsızlıklar.

**Dışsal geçerlik:** Bir çalışmanın sonuçlarının çalışma kapsamı dışına genellenebilirliği.

**Dissosiyatif füg** Bir kişinin bulunduğu çevreden ayrılıp yeni bir yere giderek

yeni bir kimliğe büründüğü ve bununla eş zamanlı olarak geçmişini unuttuğu bir dissosiyatif amnezi biçimi.

**Dissosiyatif kimlik bozukluğu** Bir kişinin birbirinden farklı iki veya daha fazla kişilik geliştirdiği dissosiyatif bozukluk. Çoklu kişilik bozukluğu olarak da bilinir.

**Distimi:** Kronikleşse de majör depresyona kıyasla daha düşük düzeyde ve düşük etkiye sahip kalıcı depresif bozukluk.

**Disulfiram (Antabus):** Alkol ile birlikte alındığında yoğun baş dönmesi, bulantı, kusma, kalp atışında artış ve sersemliğe yol açan bir ilaç. Sıklıkla alkol almayı bırakmaya çalışan insanlara verilir.

**Diyalektik davranış terapisi:** Psikolog Marsha Linehan tarafından geliştirilen, özellikle intihar eğilimi olan ve/veya sınırda kişilik bozukluğu olan vakalarda kullanılan kapsamlı bir tedavi yaklaşımı. Yaklaşım bilişsel-davranışçı teknikleri, sosyal beceri geliştirme ve çeşitli duygu düzenleme yönetimi, bilinçli farkındalık, insancıl ve diğer teknikleri içeren bireysel ve grup görüşmelerini içermektedir.

**Doğal deney:** Doğanın kendisi bağımsız değişkeni manipüle ederken araştırmacının etkileri gözlemlediği bir araştırma deseni.

**Doğal gözlem:** Klinisyen veya araştırmacının insanları her günkü doğal ortamında gözlemlediği bir yöntem.

**Doğum komplikasyonları:** Doğum sırasında çocuğun fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyebilen sorunlu biyolojik durumlar.

**Dönüşüm terapisi:** Alanda kabul görmeyen ve çok eleştirilen, bir kişinin eş cinsellikten veya biseksüellikten vazgeçerek heteroseksüel olması şeklinde cinsel yönelimini değiştirmeye dayalı bir tedavi programı. Aynı zamanda onarım terapisi adıyla da anılır.

**Dopamin hipotezi:** şizforeninin dopamin adlı nörotransmiterden kaynaklandığını öne süren kuram.

**Dopamin:** Yüksek düzeyde aktivite göstermesi şizofreni ile ilişkili bir nörotransmiter.

**Down sendromu:** 21. kromozomdaki anomali sebebiyle ortaya çıkan bir tür entelektüel yetersizlik.

**DSM-5 (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı / ZBTSE):** Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen zihinsel rahatsızlıklara ilişkin sınıflandırma sistemi

**Durham testi:** Yasal bir delilik testi, bir suç işlendiği esnada akli dengenin yerinde olup olmadığını değerlendiren bir test.

**Duruma bağlı öğrenme:** Öğrenmenin ortaya çıktığı koşullarla ilişkilendirilmesi, böylece en iyi ona benzer koşullarda hatırlanması durumu.

**Dürüstlük testi:** Testi alan kişinin dürüst olup olmadığını ölçen bir test.

**Duyarsızlaştırma:** Sistematik duyarsızlaştırma terimine bakınız.

**Duygu dışavurumu** Bir ailede genel olarak dışa vurulan eleştiri, onaylamama ve düşmanlık düzeyini tanımlar. Şizofreni nedeniyle tedavi olup iyileşen kişilerin ailelerinde duygu dışavurumu yüksekse, o kişide bozukluğun nüksetme olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

**Duygu yoksunluğu:** Şizofrenide kişinin herhangi bir duygu göstermemesi şeklindeki belirti.

**Duygudurum bozukluğu:** Majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluğu içeren ve bir kişinin duygusal durumunu etkileyen bir bozukluk kategorisi.

**Duygudurum stabilize eden ilaçlar:** Maniden depresyona kadar uzanan duygudurum dalgalanmaları ile belirgin olan bipolar bozukluğa sahip kişilere verilen ve duygudurumun düzenlenmesinde yardımcı olan ilaçlar. Aynı zamanda antibipolar ilaçlar olarak da bilinir.

**Duygulanım:** Bir duygu ve duygusal durum deneyiminin tümü, farklı bileşenleri ile bütünü.

**Duyumsal keşif:** Cinsel bozuklukların tedavisinde çiftlerin dikkatlerini, orgazm ve cinsel birleşmeden uzaklaştırarak öpüşme, sarılma ve karşılıklı masaj gibi zevk veren diğer aktivitelere odaklanmasını öneren bir yöntem.

**Düzenlenebilir bakım programı:** Sağlık sigortası tıbbi ve psikolojik hizmetleri içerecek şekilde kapsamının genişletilmesi şeklindeki sağlık sistemi uygulaması.

## E

**Ebeveyn yönetimi eğitimi** Davranım bozukluğunda aileden kaynaklanan etkenleri temel alan, terapistin aile işlevlerini iyileştirmek ve ebeveynlerin çocuklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için uyguladığı aile müdahalelerinin ve bilişsel-davranışçı müdahalelerin birleştirilmiş bir formu.

**Edimsel koşullanma:** Tatmin edici şekilde sonuçlanan bir davranışın tekrarlanma olasılığını artırdığı bir öğrenme süreci.

**Ego savunma mekanizmaları:** Psikanalitik kurama göre ego tarafından yönetilen ve kabul edilemez id dürtülerini kontrol etmek ve yol açtıkları kaygıyı azaltmak veya ondan kaçınmak üzere kullanılan stratejiler.

**Ego:** Freud'a göre gerçeklik ilkesine göre çalışan ve ona göre davranmaya sevk eden psikolojik güç.

**Egoist intihar:** Toplumun kontrol edemediği veya az etkilediği ya da toplumsal norm veya kuralları umursamayan insanların gerçekleştirdiği intihar.

**Ekolali:** Otizm veya şizofrenide kişinin diğer insanların sözlerini aynen tekrar ederek tepki vermesi şeklinde görülen belirti

**Eksantrik:** geleneksel normların dışında, tuhaf, düzensiz veya sıra dışı davranışları olan ancak psikoljik bir rahatsızlığı olmayan kişi.

**Ekstazi (MDMA):** Kimyasal olarak amfetamin ve halüsinojenlere benzeyen ve öfori vermesi ve halüsinojenik etkileri sebebiyle yasadışı şekilde kullanılan ilaç.

**Ekzorsizm:** Erken dönemde yaygın şekilde kişinin bedeninde kötücül güçleri çıkarmak üzere gerçekleştirilen uygulama.

**Elektra kompleksi:** Freud'a göre fallik evrede kız çocuklarında görülen arzuların oluşturduğu örüntü, bu komplekste kız çocukları babalarına yönelik cinsel çekim hisseder.

**Elektroenselografi:** Kafa derisine yerleştirilen elektrotlarla beyin dalgası uyarılarını kaydeden bir cihaz.

**Elektrokonvulsif terapi (EKT):** Hastanın kafasına elektrotlar bağlanarak, beyne elektrik sinyallerinin yollandığı, böylece konvülsüyona neden olunan depresyona yönelik bir tedavi.

**Elektromiyografi (EMG):** Bedendeki kas gerginliğine dair geribildirimler gönderen cihaz.

**Endorfin:** Erginliği azaltmaya yardımcı olan bir nörotransmiter. Bazen bedenin kendi doğal opioidleri olarak da adlandırılır.

**Enkoprezis:** Yineleyici biçimde iç çamaşırı gibi uygun olmayan yer/nesnelere dışkı kaçırma ile karakterize bozukluk.

**Entelektüel yetersizlik:** Entelektüel işleyiş ve uyum sağlayan davranışlar gibi alanlarda ortalamanın altında olma ile durumu ile görülen bir bozukluk. Daha evvel mental retardasyon/zihinsel gerilik olarak anılıyordu.

**Enurezis:** Yineleyici biçimde yatağına veya kıyafetlerine idrar kaçırma şeklinde görülen bozukluk.

**Epidemiyolojik çalışma:** Belirli bir popülasyonda bir hastalığın görülme sıklığı ve yaygınlığını inceleyen çalışma.

**Ergot alkaloid:** Doğal olarak oluşan bir LSD bileşeni.

**Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu:** Cinsel etkinliklere yineleyici olarak ilgi duymama veya daha az ilgi gösterme ve nadiren bir cinsel etkinlikte bulunma durumu.

**Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı:** 65 yaş öncesinde başlayan ve nadir görülen Alzheimer hastalığı. Genellikle kalıtsal bir yönü vardır.

**Erken boşalma:** Erkeklerde yineleyici olarak partneriyle cinsel etkinliğe

başladıktan 1 dakika sonra ve kendi isteğinden önce orgazm olması ve boşalması şeklinde görülen cinsel işlev sorunu.

**Eroin:** Opimdan üretilen en çok bağımlılık yaratan madde.

**Erotomanik sanrı:** Bazı insanlarda görülen ve ilgi duydukları, takip ettikleri (örn. ünlüler) ama hiçbir kişisel alakası olmayan insanlar tarafından sevildiklerine veya ilişki içinde olduklarına dair inançla karakterize bir sanrı türü.

**Esansiyel (sebebi bilinmeyen) hipertansiyon:** Psikososyal ve fizyolojik faktörlerin kombinasyonunun yol açtığı yüksek tansiyon sorunu.

**Eşitlik yasaları:** Sigorta şirketlerinin akıl ve fiziksel sağlığı eşit şekilde kapsaması gerekliliğine odaklı kanun.

**Eşleştirilmiş desen:** Deneysel gruptaki katılımcıları belirli özellikler açısından kontrol grubundakilerle eşleştirmeyi temel alan araştırma deseni.

**Esneklik:** Negatif koşulların etkilerinden kaçınma veya arınabilme becerisi.

**Eşsonluluk:** farklı gelişimsel yolların aynı psikolojik bozukluğa yol açabileceği ilkesi.

**Eş zaman geçerliği:** Bir ölçüm aracından elde edilen ölçümün, diğer değerlendirme yöntemlerinden edinilen ölçümlerle uzlaşma düzeyi.

**Etik kod:** Bir meslek elemanlarının yaptıkları uygulamalarda kararları ve eylemlerini için kılavuzluk etmek üzere tasarlanmış etik davranışlara yönelik ilke ve kurallar bütünü.

**Etil alkol:** Alkollü içeceklerde bulunan ve çabucak kana karışarak hızlıca kişinin işlevselliğini etkileyen kimyasal bileşen.

**Evlilik terapisi:** Terapistin uzun süreli bir ilişki içerisinde olan iki insanla çalıştığı bir terapi yaklaşımı. Ayrıca çift terapisi olarak da bilinir.

**Eyalet hastaneleri:** ABD'de bireysel olarak eyaletlerin kontrolü ve yönetimi altında olan halkın yararlandığı akıl sağlığı kurumları.

**Eyalet okulları:** Entelektüel yetersizliği olan insanlar için tasarlanmış eyalet destekli kurumlar.

## F

**Fallik evre:** Psikanalitik kuramda 3-4 yaşları arasında cinsel hazzın genital organlara kaydığını düşündüğü dönem.

**Falloplasti:** İşlevsel olarak bir penis oluşturmak üzere uygulanan cerrahi operasyon.

**Fantezi kurma:** Kabul edilmeyen dürtülerini tatmin etmek üzere kişinin hayal kurması şeklinde gözlenen ego savunma mekanizması.

**Fenilketonüri (FKU):** Bir amino asit olan fenilalanini parçalayamama durumundan kaynaklı ve entelektüel yetersizliğe ve diğer bazı sorunlara neden olan bir tür metabolik hastalık.

**Fenotiyazin:** Antihistaminik olarak başarısız olmalarına rağmen şizofreni belirtilerini azaltmada etkili olan ilaçlar.

**Fentanil:** Morfinden 50 ila 100 kat, eroinden 20 ila 35 kat daha güçlü ve buna bağlı olarak ikisinden de daha tehlikeli olan bir madde. Uyuşturucu maddeler arasında aşırı dozda en hızlı şekilde ölüme neden olan maddedir.

**Fetal alkol sendromu:** Hamilelik sırasında aşırı alkol kullanımı bebeğin zihinsel engellilik, hiperaktivite, baş ve yüzde şekil bozukluğu, kalp rahatsızlıkları ve yavaş büyümeyi de içeren bir sorun.

**Fetişizm bozukluğu:** Yineleyici biçimde yoğun cinsel dürtüler, cinsel uyarılmayı sağlayan cinsel fanteziler veya genellikle diğer tüm uyaranları dışarıda bırakacak şekilde yaşamayan (cansız) bir nesnenin veya cinsel organlar dışında kalan vücut bölgelerinin kullanımını içeren davranışlar ile görülen bir parafili türü bozukluk.

**Fikir uçuşması:** Şizofrenide bir konudan diğerine hızlıca geçmeyi de içeren genel bir düşüncede bozulma hâli. Aynı zamanda çağrışım çözüklüğü olarak da bilinir.

**Fobi:** Spefisik bir nesne, etkinlik veya durumdan ısrarcı ve mantıksız düzeyde korku duyma hâli.

**Fonksiyonel manyetik rezonans imgeleme (fMRI):** Beyin yapılarının veya bedenin içsel işlerliğini görselleştirmek üzere kullanılan nörogörüntüleme tekniği.

## G

**GABA:** Bakınız gamma-aminobutirk asit

**Gamma-aminobutirk asit (GABA):** Aktivitesinde azalma olması yaygın kaygı bozukluğu ile ilişkilendirilen bir nörotransmiter.

**Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı:** 65 yaş sonrası ortaya çıkan ve kalıtsal yönü zayıf, en yaygın Alzheimer hastalığı türü.

**Gece oluşan penis sertleşmesi:** Uyku esnasında peniste spotan sertleşme olması.

**Geçerlik:** Bir testin ya da araştırma sonucunun doğruluğunun ölçümü.

**Gecikmiş boşalma:** Bir partnerle yaşanan cinsel aktivite esnasında sürekli şekilde boşalamama veya gecikmiş boşalma yaşama durumu ile karakterize bir erkek cinsel işlev sorunu.

**Gelişimsel koordinasyon bozukluğu:** Gelişimsel olarak koordineli motor hareketlerinde yaşanan zorluklarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluk.

**Gelişimsel psikopatoloji:** Normal ve anormal davranışların ortaya çıkmasında çeşitli modellerdeki faktörlerin ve ilkelerin yaşam boyu nasıl etkileşimde bulunduğunu anlamak üzere gelişimsel bir çerçeveyi temel alan bir bakış açısı.

**Gen:** Kalıtsal olarak taşıdığımız özellikleri ve treytleri kontrol eden kromozom segmentleri.

**Genel felç:** Büyüklük hezeyanları gibi psikolojik anormallikleri içeren belirtileri olan ve frenginin neden olduğu geri dönüşü olmayan bir tıbbi hastalık.

**Genetik bağlantı çalışması:** Bir bozukluğun aile üyelerindeki diğer özelliklerin görülme biçimiyle benzerliğini görebilmek üzere birkaç nesildir yüksek oranda bir bozukluk görülen geniş ailelerdeki araştırma deseni.

**Genital evre:** Freud'un kuramına göre çocuğun heteroseksüel ilişkilerden cinsel haz almaya başladığı 12 yaş civarı başlayan evre.

**Gerçeklik prensibi:** Ego işleyişinin tipik bir özelliği olarak her zaman id'in arzularını veya dürtülerini ifade veya tatmin edemeyeceğimiz görüşünü kabul etme ilkesi.

**Gerginlik türü baş ağrısı:** Kas gerginliği türü baş ağrısına bakınız.

**Geriye dönük amnezi:** Amneziyi tetikleyen olay öncesindeki anıları hatırlamama şeklinde görülen bellek sorunu.

**Geropsikoloji:** İleri yaştaki insanların akıl sağlığıyla ilgilenen psikoloji alt alanı.

**Gestalt terapi:** Klinisyenlerin canlandırma ve kendini keşif egzersizleri ile aktif şekilde danışanı kendini keşfetme veya kendini kabule yönlendirmesine odaklanan ve Fritz Perl tarafından geliştirilen bir insancıl terapi yaklaşımı.

**Gevşek çağrışım:** Şizofrenide yaygın olarak görülen ve konuşma sırasında bir konudan diğerine çok hızlı geçişler şeklinde görülen durum.

**Gevşeme egzersizi:** Danışanlara gevşemelerini, böylece stresli durumlarda kendilerini sakinleştirebileceklerini öğreten bir müdahale yöntemi.

**Girişkenlik eğitimi:** Sosyal açıdan istenilen nitelikte girişken/atılgan davranışları arttırmayı hedefleyen bir bilişsel-davranışçı yaklaşım.

**Gizlilik:** Uygulama ve araştırmalarda katılımcıdan (veya danışandan) alınan bilgilerin paylaşılmaması gerekliliğine dayanan ilke.

**Glia:** Nöronları destekleyen beyin hücreleri.

**Görgül olarak desteklenen terapi:** Belirli bir bozukluk için araştırmalarca açık olarak desteklenmiş ve ilgili tedavi kılavuzlarının yer aldığı terapidir. Kanıta dayalı tedavi olarak da bilinir.

**Görsel halüsinasyon:** Kişinin gerçekte orada bulunmayan belirsiz görsel algılar, belki de renkler veya şekiller veya insanlar, nesneler ya da sahneler gördüğü halüsinasyonlar.

**Görülme sıklığı (İnsidans):** Bir popülasyonda belirli bir zamanda bir bozukluğa dair ortaya çıkan yeni vaka sayısı.

**Göstermecilik (Teşhirclik) bozukluğu:** Fantaziler, dürtüler veya davranışlar olarak kendini gösteren, beklemeyen bir kişiye cinsel organlarını göstermekten yineleyici bir biçimde ve yoğun cinsel uyarılma yaşama şeklinde görülen bir parafili bozukluğu.

**Göstermecilik bozukluğu:** Kişilerin cinsel organlarını başkalarına göstermeye yönelik yineleyici bir biçimde cinsel dürtülere veya düşlemlere sahip olduğu ve rızası olmayan kişilere karşı bu dürtülere göre hareket ettiği ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybı yaşadığı parafili bozukluğu.

**Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR):** Terapisi danışanların normalde kaçındıkları nesnelerin ve durumların görüntüleri sunulurken bir yandan da gözlerini ritmik bir şekilde bir yandan diğer yana hareket ettirmelerini içeren bir müdahale yöntemi.

**Gözetim:** Hastaneden çıktıktan sonra veya toplum içinde bakım programı.

**Gözlemci rolü:** Bazı insanların cinsellik birleşme sırasında dikkatlerini bireysel performanslarına yönelttikleri için aldıkları zevkin azalmasına yol açan bir zihinsel durum.

**Gözlemci yakınsaması:** Gözlemci, yorgunluk veya uzun süre devam eden gözlemlerde karşılaşılan değerlendirme standartlarının zaman içerisinde farkında olunmadan değişmesi sonucunda, değerlendirme hassasiyetinde azalma yaşayabilir.

**Grup evi:** Şizofreni veya diğer ciddi sorunları olan kişilerin kendi ihtiyaçlarını görebildiği, kendi kendine yaşama ve çalışma becerileri kazandıkları konut sistemi.

**Grup terapisi:** Benzer sorunu olan insanların bir terapistle bir araya gelmesi ve sorunlar üzerine çalışmaların yapıldığı terapi formatı.

**Gultamat:** Bellek ve demans ile ilişkilendirilen yaygın bir nörotransmiter.

**Gündüz bakım merkezi:** Sadece gün içerisinde hizmet veren ve hastane ortamı gibi bir ortam sunan kurum. Aynı zamanda gündüz hastanesi olarak da bilinir.

**Günlük Rapor Kartı:** DEHB'de çocuk için hedef davranışların -örn. sırada oturmak, el kaldırarak söz istemek ve "iç ses" kullanmak- dikkatlice değerlendirildiği, forma kaydedildiği ve okul zamanı da öğretmenler tarafından pekiştirildiği bir müdahale yöntemi. Gün sonunda, öğretmen ebeveynlere görmeleri için bu kartı iletir, onlar da eğer önceden belirlenen bir sayıda hedef davranış gerçekleşirse çocuğa evde ödülü verir.

**Güvenirlik:** Test ve araştırma sonuçlarındaki tutarlık ölçümü.

## H

**Hafif entellektüel yetersizlik:** Entelektüel yetersizliği olan tüm insanların yaklaşık yüzde 80 ila 85'ini oluşturan (50-70 IQ) ve "eğitilebilir" durumda olan ve yetişkin olduğunda bağımsız yaşayabilen yetersizliği için kullanılan terim.

**Hafif nörobilişsel bozukluk:** Gündelik bağımsız yaşantıda sıkıntıya yol açmasa da bilişsel alanlardaki işleyişteki orta düzey sorunların görüldüğü bir tür nörobilişsel bozukluk.

**Halüsinasyon/Varsanı:** Bir kişinin dış uyaranların yokluğunda hayali olarak görüntüler, sesler veya benzeri duyumlar aracılığı ile deneyimlediği algısal çıktılar.

**Halüsinojen zehirlenmesi:** Halüsinojenlerin yol açtığı ve algıda bozulmalar ve halüsinasyonlardan oluşan bir zehirlenme türü.

**Halüsinojen:** Kişinin normal algılarını güçlendirmekten yanılsamalara ve halüsinasyonlara neden olmaya kadar duyusal algıda güçlü değişikliklere neden olan maddeler.

**Hapishaneden yönlendirme:** Zihinsel olarak rahatsızlık yaşayan mahkumların ayaktan hastalıkları için tedavi alması durumu. Yani hapishane yerine toplum ruh sağlığı merkezlerine yönlendirilmeleri.

**Hastalık kaygısı bozukluğu:** Sağlıkları hakkında sürekli olarak endişeli olma, bedensel belirtiler olmamasına rağmen ağır bir hastalığı olduğunu veya böyle bir hastalık durumunun çıkma olasılığının yüksek olduğunu düşünmesi şeklinde görülen bozukluk.

**Hastaneye kapatılma:** Bir suç işlediği düşünülen ancak psikolojik bir rahatsızlığı olduğu kanaatiyle cezaevi yerine tedavi için bir ruh sağlığı kurumuna gönderilmesine karşılık gelen yasal süreç.

**Hazırlık:** Belirli korkuları geliştirmeye eğilimli olma.

**Hipersomnolans bozukluğu:** Aşırı uyku hâli ve ekstra uyuma isteği ile görülen uyku-uyanıklık bozukluğu.

**Hipetansiyon:** Kronik yüksek tansiyon.

**Hipnotik amnezi:** İnsanların hipnoz yoluyla gerçekleri, olayları hatta kim olduklarına dair kişisel bilgileri unutması durumu.

**Hipnoz terapisi:** Hastanın hipnoz altına alınarak unutulan olayları hatırlaması veya diğer terapötik istekleri yerine getirmesi. Hipnoterapi olarak da bilinir.

**Hipnoz:** Kişinin ileri derecede telkin edilebilir hale geldiği trans veya uyku benzeri bir zihinsel duruma getirildiği, bu durumdayken nadir görülen duyumları hissetmesi, hatırlanmayan olayları hatırlaması veya hatırlanan bazı olayları unutması gibi sıra dışı durumlara yönlendirilebildiği bir prosedür.

**Hipokampus:** Serebral korteksin altında yer alan ve bellek işlevlerinden sorumlu beyin yapısı.

**Hipokondriyazis** Bedensel işlevlerle ilgili normal dışı endişeyi içeren ve fiziksel durumdaki en ufak bir değişimi bile ciddi bir hastalık olarak yorumlanmasını içeren bir bozukluk.

**Hipoksifili.** Cinsel zevklerini artırmak için kendilerini boğma veya partnerlerinden onları boğmalarını isteme durumu.

**Hipomanik epizod:** Belirtilerin görece daha az soruna yol açtığı bir mani epizodu.

**Hipomanik örüntü:** Manik belirtiler olsa da, tam mani halinden görece daha hafif olduğu ve daha az soruna yol açtığı örüntü.

**Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal yol (HHA):** Beyin ve beden arasındaki korku uyarımı sağlayan iki ana yoldan biri.

**Hipotalamus:** Yeme ve açlık gibi bedensel işleyişleri sürdürme konusunda faaliyet gösteren bir beyin yapısı.

**Hipotez:** Bazı değişkenlerin belirli yönde ilişkili olduğunu öngörme ifadesi.

**Histeri:** Eskiden konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğuiçin kullanılan bir terim.

**Histerik bozukluk:** Görünür hiçbir sebep yokken fiziksel işleyişin değiştiği veya kaybolduğu bozukluk.

**Histerik kişilik bozukluğu:** Abartılı şekilde duygusal tepkiler veren ve bu yolla ilgi ve dikkat çekmeye çalışan insanlara özgü bir tür kişilik bozukluğu. Bir zamanlara histerik kişilik bozukluğu olarak anılırdı.

**Hızlı Göz Hareketi (REM) uykusu:** Gözlerin ileri geri hızlı şekilde hareketler ettiği ve kişinin rüyada olduğunu gösteren uyku döngüsü evresi.

**Hormonlar:** Endokrin bezleri tarafından kana salınan kimyasallar.

**Huntington hastalığı:** Kalıtsal olarak aktarılan, biliş, duygu ve hareketlerde ilerleyici nitelikte sorunlar ile kendini gösteren bir tür nörobilişsel bozukluk.

## I

**İatrojenik:** Klinisyen tarafından üretilen veya neden olunan durum.

**İç içe geçmiş aile yapısı** Aile üyelerinin birbirlerinin işlerine fazlaca dâhil oldukları ve birbirlerinin refahıyla aşırı derecede ilgilendikleri bir aile sistemi.

**İçsel geçerlik:** Bir çalışmanın bir olgunun nedeni olarak çeşitli olası faktörleri işaret edebilme doğruluğu.

**İd:** Freud'a göre dürtüsel istekleri arzular ve ihtiyaçların oluşmasına yol açan psikolojik güç.

**İdiyografik anlayış:** Spesifik bir kişinin davranışlarını anlama durumu.

**İkili düşünme:** Sorunları ve çözümlerini

katı biçimde "ya o ya bu" şeklinde görme eğilimi.

**İkinci nesil antispikotik ilaçlar:** Biyolojik sonuçları ilk nesil antipsikotiklerden farklı olan görece yeni bir tür antipsikotik ilaç grubu.

**İkincil kazanç:** İnsanların bedensel belirtileri sıkıntı veren eylemlerden kaçınmalarını veya başkalarının sempatisini kazanmalarını sağlaması durumunda elde ettikleri kazanım.

**İkincil önleme:** Psikolojik bozuklukların ciddileşmeden önce erken evrelerde yakalanması ve müdahale edilmesi yöntemi.

**İkiye bölünmüş kutu:** Öğrenilmiş çaresizlik gibi öğrenme kavramlarının incelenmesinde kullanılan ve hayvanın elektrik şokundan kaçmak için üzerinden atlayabileceği ortada duran bir bariyeri olan kutu.

**İlaç terapisi:** Psikolojik bozuklukların belirtilerini azaltmak ve tedavi etmek amacıyla psikotrop ilaçların kullanılması.

**İlaç:** Bedeni veya zihni etkileyen herhangi bir madde.

**İleri düzeyde sorgulama programı:** Şüpheli teröristlerden bilgi edinmek amacıyla yapılan sorgulamalar esnasında kullanılan işkence biçimi.

**İletişim bozuklukları:** Dilde ve/veya konuşmada belirgin biçimde sorunlar ile gözlenen nörogelişimsel bozukluklar.

**İlişkisel psikanalitik terapi:** Terapistlerin hastaların yaşamında önemli bir figür olduğunu ve onların tepkilerinin ve inançlarının da terapi sürecine dâhil edilmesini düşünen bir terapi formu.

**İnkar:** Bir kişinin kabul edilemeyen düşünce, duygu veya eylemleri kabullenmemesi ile karakterizebir ego savunma mekanizması.

**İnsancıl model:** İnsanların doğal olarak arkadaşça, iş birlikçi ve yapıcı canlılar olarak ve kendini gerçekleştirme potansiyeli ve ivmesiyle doğduğunu savunan kuramsal yaklaşım.

**İnsancıl terapi:** Klinisyenlerin danışanlarına kendilerine doğru şekilde bakmalarını ve kabul etmelerini, böylece doğuştan gelen pozitif potansiyellerini kullanmaları konusunda yardımcı olan terapi sistemi.

**İnternette oyun oynama bozukluğu:** Israrcı, yineleyen ve abartılı şekilde internette oyun oynama şeklinde gözlenen bir bozukluk. DSM-5 çalışma grubu tarafından gelecekte dâhil edilmesi önerilmiştir.

**İntihar davranış bozukluğu:** Gelecekteki DSM revizyonunda dâhil olması önerilen ve geçmiş son iki yıl içerisinde insanların intihara teşebbüs etmesi şeklinde tanımlanan bir sınıflandırma.

**İntihar eğitimi programı:** Okullarda öğrenciler ve öğretmenlere yönelik hazırlanan intihar önleme programları. Artan sayıda bu konuda intihar konusunda eğitimler veren -sorunlu kişileri, onların aile üyelerini ve arkadaşlarını da hedefleyen- çevrim içi internet siteleri de bulunmaktadır.

**İntihar olmayan kendini yaralama:** DSM-5'in gelecek basımlarında olası adaylardan biri olarak kişinin bir yıl süreyle bilinçli bir şekilde kendini öldürme niyeti olmadan kasıtlı olarak kendine zarar vermesi durumu.

**İntihar:** Kişinin istemli olarak doğrudan ve bilinçli şekilde kendini öldürme girişiminde bulunması.

**Işık terapisi:** Mevsimsel duydgudurum bozukluğunda hastaların birkaç saat boyunca ekstra ışığa maruz kaldıkları tedavi yöntemi. Aynı zamanda fototerapi adıyla da anılır.

**İşitsel halüsinasyon:** Kişinin gerçekte olmayan sesler veya konuşmalar duyduğu halüsinasyon türü.

**İşkence:** Kurbanları mutlak bir çaresizlik durumuna düşürmek için acımasız, aşağılayıcı ve kafa karıştırıcı stratejilerin kullanılması.

**İstatistiksel analiz:** Elde edilen sonuçların şans eseri oluşup oluşmadığını öğrenmek üzere olasılık ilkelerini bir bilimsel çalışma sonuçlarına uygulanması.

**İstatistiksel anlamlılık:** Bir çalışmanın bulgularını şans eserinden ziyade deneysel manipülasyon sonucunda oluşması olasılığının ölçümü.

**İstek evresi:** Pelvik bölgede değişiklikler, genel fiziksel uyarılmalar, kalp atımı, kas gerginliği, kan basıncı, nefes alıp vermede artış ile gözlenen cinsel tepki döngüsündeki evre.

**İstek/istenç kaybı:** Şizofrenide görülen ve bir işe başlayamama veya onu sürdürememe ve ilgisizlik hâli şeklindeki belirti.

**İyon:** Pozitif veya negatif elektrik yükü olan bir veya bir grup atım.

**İzlerlik yönetimi:** Danışanlara, içinde ilaç kalıntısı olmayan idrar örneği vermeleri karşılığında verilen teşviklerin (kupon, ödül, nakit para veya imtiyazlar gibi) yer aldığı ve edimsel koşullanmaya dayalı tedavi programı.

**İzolasyon:** İnsanların bilinç dışı şekilde istenmeyen düşünce ve deneyimleri sanki yabancı deneyimlermiş gibi izole etmesi veya sahip çıkmaması.

## J

**Jenerik (eş değer) ilaç:** Ticari bir isme sahip ilaç ile doz, form, güç ve performans olarak aynı özelliklere sahip olan yani aynı aktif bileşenleri içeren ilaç.

**Jeton ekonomisi programı:** Bir kişinin arzu edilen davranışlarının, sonrasında bir takım eşyalar veya ayrıcalıklarla değiş tokuş edilebilen jetonlar verilerek sistematik bir şekilde pekiştirildiği bir program.

## K

**Kabul ve Adanmışlık Terapisi (KAT):** Danışanlara işlevsel olmayan düşünce ve endişelerine dair bilinçli olarak farkında olmayı, anda kalmayı (yani eyleme geçmeden önce fark et) ve onları öncelikle kabul etmeyi öğreten bir bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı.

**Kabus bozukluğu:** Kronik olarak sıkıntı veren ve korkutucu rüyalar ile karakterize bir uyku bozukluğu.

**Kaçıngan kişilik bozukluğu:** Sosyal ortamlarda istikrarlı biçimde rahatsızlık ve kısıtlılık hissi ile ciddi düzeyde yetersizlik duyguları ve negatif değerlendirmeye ilişkin aşırı hassasiyet duyma ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

**Kaçınma/İtici uyaranla terapi:** Danışanların, ilaç alımı gibi istenmeyen davranışları sergilerken tekrarlı biçimde hoşa gitmeyen uyaranlarla karşılaşmalarını temel alan bir müdahale yöntemi.

**Kadında cinsel uyarılma/cinsel ilgi bozukluğu:** Kadınlar da cinsel etkinliklere karşı normal bir ilgiden yoksun olma, nadiren bir cinsel etkinlikte bulunma, cinsel etkinlik sırasında çok az heyecan hissetme, cinsel etkinlik sırasında cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında çok az bir duyum hissetme ile görülen bozukluk.

**Kadında orgazm bozukluğu:** Kadınlarda cinsel etkinlik sırasında yineleyici olarak orgazma ulaşamama, düşük yoğunluklu orgazm duyumları veya orgazmda belirgin bir gecikme ile karakterize cinsel işlev bozukluğu.

**Kafein:** Sıklıkla kahve olarak tüketilen ve dünyada en yaygın biçimde kullanılan uyarıcısı.

**Kalıcı depresif bozukluk** Tek uçlu depresyonun, majör veya orta şiddette süregiden ve tekrarlayan, kronik formu.

**Kanabis:** Latince adı Cannabis sative olan kenevir bitkisinden üretilen madde. Halüsinojen, baskılayıcı ve uyarıcı etkilere sahiptir.

**Karıştırıcı değişken:** Bir deneyde, bağımsız değişken olmadığı halde bağımlı değişken üzerinde etkisi olabilen değişenler verilen ad.

**Karma desen:** içinde bir arada korelasyonel ve deneysel çalışmaları barındıran araştırma deseni. Ayrıca yarı deneysel desen olarak da bilinir.

**Karşı konulamaz dürtü testi:** Kontrol edilemez şekilde hiddete kapılarak veya kendini kaybederek işlenen bir suç iddiasında delilik savunması yapan insanlar için kullanılan yasal bir test.

**Karşıt aktarım:** Psikoterapi esnasında

terapistin kendi duyguları, geçmişi ve değer yargılarının farkında olmadan hastanın sorunlarını yorumlama biçimini etkilemesi durumu.

**Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu:** Çocukların tartışmacı ve karşı gelen davranışları sergilemesinin yanı sıra sürekli kızgın ve sinirli bir duygudurum içinde olması ve bazı durumlarda da kin besleme örüntüsü göstermesi ile gözlenen bozukluk.

**Karşıt tepki geliştirme:** Kişinin istenmeyen bir dürtüye veya arzuya karşıt bir yaşam şekli benimsemesi şeklinde görülen bir ego savunma mekanizması

**Kas dismofisi:** Kaslarını yetersiz görme şeklinde olduğu gibi yanlı bir düşünceyle kaslarına takıntılı olma durumu

**Kas gerginliği türü baş ağrısı:** Kafanın etrafındaki kasları sıkmak suretiyle ortaya çıkan bir bağ ağrısı türü. Aynı zamanda gerginlik türü baş ağrısı adı da verilir.

**Kasıtsız ölüm:** Kurbanın dolaylı, gizli, kısmi veya bilinçdışı şekilde rol oynadığı ölüm türü.

**Katarsis:** İçsel çatışmaları engellemek ve sorunların üstesinden gelmek üzere geçmişte bastırılmış duyguların açığa çıkması.

**Katatoni:** Katatonik düzeyde hareketsizlik, katılık veya tipik beden şekli/postür görülen bazı şizofreni türlerinde aşırı düzeydeki psikomotor belirti türü.

**Katatonik hareketsizlik:** Şizofrenide kişinin uzun süre çevresine tamamen tepkisiz kalması, hareket etmeden hiç tepki vermemesi, sessiz biçimde kalması durumu.

**Katatonik heyecan:** Kişinin aşırı biçimde heyecanlanmış gibi kol ve bacaklarını kontrolsüz şekilde hareket etmesi, sallaması ile görülen katatoni türü.

**Katılım modeli:** Terapistin korkulan nesneyle etkileşime girmesini gözlemleyerek insanların benzer davranışları sergilemesi.

**Katılımcı:** Çalışmaya katılması için seçilen kişi.

**Kaudat nucleus:** Beyinde duyusal bilgileri düşünce ve eylemlere dönüştüren basal ganglia olarak bilinen bölgede yer alan bir yapı.

**Kaynaşma:** Çoklu kişilik bozukluğunda nihayetinde iki veya daha fazla alt kişiliğin nihai birleşmesidir.

**Kaynaştırma:** Entelektüel yetersizliği olan çocukları normal okullardaki sınıflara yerleştirme. Dâhil etme olarak da bilinir.

**Kendilik ifadeleri:** Bazı kuramcılara göre kendi hakkında bazen sorun yaratacak düzeyde stres altında akla gelen ifadeler.

**Kendilik kuramı:** Kendiliğin -kişinin bütünleşik kişiliği- rolünü önemseyen bir psikodinamik kuram.

**Kendine yardım grubu:** Benzer sorunları olan insanlar (örneğin yas, madde bağımlılığı, hastalık, işsizlik veya boşanma), profesyonel bir kişi liderliği olmaksızın birbirlerine yardım etmek ve destek olmak için bir araya gelmesi durumu. Aynı zamanda karşılıklı yardım grubu olarak da adlandırılır.

**Kendini gerçekleştirme:** İnsanların doğuştan iyilik ve büyüme potansiyeline sahip olduğunu vurgulayan insancıl yaklaşım kavramı.

**Kendini hipnoz etme:** Bazen nahoş durumların üstesinden gelmek amacıyla kendini hipnotize etme hâli.

**Kendini izleme:** Danışanların kendilerini gözlemleri.

**Kendini Yaralama Örtük Çağrışım Testi:** İnsanların intihar etmeyi planlayıp planlamadıklarını anlamak için kullanılan bilişsel bir test; insanlara direkt sormak yerine intiharla ilgili çeşitli kelimeleri (örneğin "ölü", "cansız", "intihar") kendileriyle ilişkili kelimelerle ("Ben", "kendim", "benim") ve kendileriyle ilişkili olmayan kelimelerle ("onlar", "onların", "diğerleri") eşleştirmelerine dayanır.

**Kendini yönlendirme eğitimi:** D. Meichenbaum tarafından geliştirilen ve insanlara stres, sıkıntı veya önemli ölçüde ağrı hissettiklerinde kendilerine baş edebileceklerine yönelik ifadeler söylemelerine dayanan bir tedavi yöntemi.

**Keyfî çıkarım:** Bir kişinin çok ufak veya karşıt kanıtlara rağmen olumsuz sonuçlar çıkarma eğilimi anlamına gelen bir tür mantık hatası.

**Kılavuzlu katılım:** Danışanın sistematik şekilde terapistin korkulan durumlara maruz kalırken gözlemleyerek onu taklit ettiği bir model alma tekniği.

**Kimyasal madde kötüye kullanımı olan akıl hastaları:** Eş zamanlı olarak şizofrenik bozukluk (veya diğer bir ciddi psikolojik sorunu) tanısı olan ve madde kullanım bozuklukları olan kişiler. Eş tanılı hastalar olarak da adlandırılabilirler.

**Kısa psikotik bozukluk:** Çok stresli bir olay veya duygusal bir çalkantının hemen ardından görünen ve birkaç saat ile bir ay arasında devam eden psikotik belirtiler.

**Kısa süreli bellek:** Yeni bilgiyi toplamayı sağlayan bellek sistemi. Aynı zamanda çalışan bellek olarak da bilinir.

**Kişiler arası intihar kuramı:** Özellikle başkalarına yük olma hissi, bir yere aidiyet hissedememe ve intiharı gerçekleştirmek için psikolojik bir potansiyele sahip kişilerin intihara teşebbüs etme olasılığının daha yüksek olduğunu söyleyen kuram. Aynı zamanda kişiler arası psikoloji kuramı olarak da bilinir.

**Kişiler arası psikoterapi** Tek uçlu depresyon tedavisinde kullanılan ve bir kişinin kişilerarası problemlerini tanımlayıp onları değiştirmenin iyileşmeye yardımcı olacağı görüşüne dayanan bir terapi yaklaşımı.

**Kişilik bozukluğu:** kişinin kendisi, duygusal deneyimleri, hedefleri, empati kapasitesi ve/veya yakınlık kurma kapasitesinde sorunlar yaratan katı, süregelen içsel deneyim ve dışsal davranışlar örüntüsü.

**Kişilik envanteri:** İnsanların kendi davranışları, inanışları ve duygularına ilişkin pek çok soruya cevap verdiği testler; genellikle insanların kendileri için karakteristik olan ve olmayan davranışlar, duygular ve inançlarına dair ifadelerden oluşur.

**Kişilik özellikleri-treyt belirteci ile tanımlanmış:** Süregelen kişilik özellikleri ve örüntüleri işlevselliklerini önemli ölçüde bozan insanlar için bir veya daha fazla öne çıkan treytlerle tanımlanması önerisiyle, DSM-5'in gelecek versiyonlarında büyük ihtimalle dahil olacak kişilik bozukluğu.

**Kişilik:** Farklı durumlarda tutarlı tepkiler vermeye yol açan kişiye özgü ve uzun süreli içsel deneyim ve dışsal davranışlar örüntüsü.

**Kısıtlayıcı tür anoreksiya nevroza:** Yiyecek alımının belirgin ölçüde kısıtlanması ile kilo kontrolü yapılmaya çalışılan anoreksiya nervoza alt tipi.

**Kısıtlı duygulanım:** Şizofrenide gözlenen ve kişinin çoğu insandan çok daha az duygu sergilemesi şeklindeki belirti.

**Klasik koşullama:** İki olayın tekrarlı biçimde zaman içerisinde birlikte olma durumundan dolayı insanların onları birbiri ile ilişkilendirmeleri ve benzer tepkiler vermeleri şeklinde görülen bir öğrenme süreci.

**Klinik görüşme:** Klinisyenin danışanlara sorular sorduğu, cevapları ve tepkilerini değerlendirdiği, mevcut durumları ve psikolojik sorunlarına dair bilgi aldığı bir yüz yüze görüşme türü.

**Klinik psikolog:** Klinik psikolojide doktora unvanı olan ruh sağlığı uzmanı.

**Klinik psikoloji:** Anormal davranışlara yönelik bilimsel araştırmalar birlikte bunları değerlendirme, tedavi etme ve önleme çalışmaları ile ilgilenen psikoloji alt alanı.

**Klinik sosyal çalışmacı:** Sosyal çalışma alanında yüksek lisans ve doktora unvanı alarak psikoterapi hizmeti vermeye yetkili ruh sağlığı uzmanı.

**Klitoris:** Üretra ve vajina girişi üzerinde bulunan kadın cinsel organı. Ci... uyarılmada sertleşir ve genişle...

**Klorpromazin:** Şizofreniyi teda... amacıyla kullanılan ve ticari a... zine olan phenothiazine türü

**Klozapin:** Yaygın şekilde reçe... ikinci nesil antipsikotik ilaç

**Koitus:** Cinsel birleşme.

**Kokain çekmek:** Saf kokain ısıtarak ile buharlaştırma, kimyasal olarak alkaloidden ayrıştırma ve bir boru yoluyla solunma yöntemi.

**Kokain:** Koka bitkisinden üretilen, bağımlılık yapıcı bir uyarıcı madde. Bilinen en güçlü uyarıcıdır.

**Komordibite:** Aynı kişide iki ya da daha fazla bozukluğun aynı anda görülmesi, eş tanı (comorbidity).

**Kompulsif ritüel:** Bir kişinin sergilemek zorunda hissettiği, ayrıntılı, belirli bir sırada, tekrarlı ve her zaman aynı şekilde yaptığı bir dizi eylem.

**Kompulsiyon:** Bir kişinin kaygısını azaltmak veya ortadan kaldırmak için sergilemek zorunda hissettikleri tekrarlı ve tipik davranış örüntüleri veya zihinsel eylemler.

**Konfabulasyon/uydurma:** Bellekteki boşluklar, hatırlanamayan şeyleri doldurmak için deneyim uydurma eğilimi.

**Konserta:** Dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğuna (DEHB) yönelik kullanılan ve Metilfenidet (methylphenidate) türü uyarıcı bir ilacın ticari adı.

**Kontrol etme kompulsiyonu:** İnsanların aynı şeyleri defalarca kontrol etmek zorunda hissetmeleri şeklinde görülen kompulsiyon.

**Kontrol grubu:** Bir deneyde bağımsız değişkene maruz kalmayan katılımcı grubu.

**Kontrol sanrısı:** Bir kişinin dürtüleri, hisleri, düşünceleri veya eylemlerinin diğer insanlarca kontrol edildiğine inanması.

**Konuşmada fakirlik:** Şizofrenisi olan bazı insanlarda konuşma miktarında veya içeriğinde azalma görülmesi.

**Konversiyon bozukluğu:** Bedensel belirtilerin istemli motor ve duyu fonksiyonlarını etkilediği ancak belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklarla uyuşmadığı bozukluk.

**Konvulsiyon:** Beyindeki anormal aktivitelerden kaynaklı bedendeki istemsiz kasılmalar.

**Korelasyon katsayısı (r):** -1.00 ile +1.00 arasında değişen korelasyon düzeyini ve yönünü gösteren istatistiksel bir terim.

**Korelasyon yöntemi:** Olayların veya değişkenlerin birlikte değişiklik gösterme düzeyine dayalı araştırma deseni.

**Korelasyon:** Olaylar veya değişkenlerin birlikte değişiklik gösterme düzeyi.

**Korku:** Birinin iyilik hâlini ciddi ölçüde tehdit eden duruma yönelik merkezî sinir sisteminin fizyolojik ve duygusal tepkisi.

**Korkunun beyin devresi:** Korku tepkileri yaratan beyin devreleri. Yaygın kaygı bozukluğu, prefrontal korteks, ön singulat korteks ve amigdalayı içeren bu devredeki işlev sorunuyla ilişkilidir.

**Karşılaştırma deseni:** Katılıcımların deney mi kontrol grubunda mı olduklarını bilmedikleri deneysel araştırma deseni. Aynı zamanda maskeli desen olarak da anılır.

**Koroner arterler:** Kalbi çevreleyen ve kalp kasına oksijen taşıyan kan damarları.

**Koroner kalp hastalığı:** Koroner arterlerdeki tıkanmadan ötürü ortaya çıkaran kalp rahatsızlığı.

**Korsakof sendromu:** Geçmişi hatırlayamama, yeni bilgiler öğrenememe ve bu boşlukları doldurmak için uydurma olaylar anlatmak (konfabulasyon) ve diğer bazı nörolojik belirtiler gözlenen alkolle alakalı bir bozukluk.

**Kortikostereoidler:** Kortisol da dâhil olmak üzere stres esnasında adrenal bezlerinden salınan bir grup hormona verilen ad..

**Kortiko-striato-thalamo-kortikal beyin devresi:** Orbitofrontal korteks (gözlerin hemen üzerindeki kısım), singulat korteks, striatum (kaudat nukleus ve putameni içeren kısım) ve talamus gibi beyin yapılarının yer aldığı devre. Bu devre özellikle obsesif kompulsif bozuklukta aşırı düzeyde aktiftir.

**Kortizol:** Stres altındaki insanın adreran bezlerinden salgılanan bir hormon.

**Koruma görevi:** Terapistlerin, danışanın veya bir başkasının kurban olacağı veya suç işleyeceği bir durum ifşa olduğunda gizliliği bozması gerekliliğine dair ilke.

**Koruma ve müdafaa sistemi:** Avukat ve savcıların hastaların tedavi alması ve haklarının korunması için çalıştığı sistem.

**Koşullanma:** Basit bir öğrenme türü

**Koşullu tepki (KT):** Koşullu uyarana karşı ortaya çıkan tepki.

**Koşullu uyaran (KU):** Tekrarlı biçimde koşulsuz bir uyarana eşlik eden ve bunun sonucunda koşulsuz uyarana benzer tepkilere yol açan nötr uyaran.

**Koşulsuz olumlu kabul:** Ne söylerse söylesin, ne yaparsa yapsın veya ne hissederse hissetsin, kişinin tam ve samimi biçimde kabul edilmesi durumu; danışan merkezli terapinin kritik bileşenlerinden biri.

**Koşulsuz tepki (KT):** Koşulsuz uyaran tarafından ortaya çıkarılan doğal ve otomatik tepki

**Koşulsuz uyaran (KU):** Otomatik ve doğal tepki uyandıran bir uyaran.

**Kötülük görme sanrısı:** Bir kişinin kendisine kumpas kurulduğuna, ayrımcılığa uğradığına, takip edildiğine, iftiraya uğradığına, tehdit edildiğine, saldırıya uğradığına veya kasıtlı olarak mağdur edildiğine inanması.

**Kretinizm:** Doğuştan troid hormonu yetersizliğine karşılık gelen, hamilelikte düşük iyot içerikli beslenmeden kaynaklanan ve zihinsel gerilikler ile fiziksel anormalliklere yol açan bir bozukluk.

**Kritik olay stresi anlamlandırma:** Afet veya diğer türde sarsıcı olay mağdurlarına yardım etmek amacıyla travmatik olaylara ilişkin duyguları ve tepkileriyle ilgili konuşmaya dayanan eğitim programı.

**Kriz yönetimi:** Bir kriz anında durumu daha sağlıklı görmek, daha doğru kararlar vermek, daha yapıcı davranmak ve krizin üstesinden gelmek üzere insanlara yardım etmeyi hedefleyen bir tedavi yaklaşımı.

**Kromozomlar:** Hücre içinde bulunan ve gen barındıran yapılar.

**Kronik baş ağrısı:** Baş veya boyun bölgesinde başka bir tıbbi sorundan kaynaklanmayan, sıkça yaşanan yoğun ağrılar ile karakterize bir tıbbi sorun.

**Kronik travmati ensefalopati (KEP):** Zaman içerisinde tekrarlı şekilde yaşanan kafa travmasının yol açtığı çok sayıdaki NFL plaklarından dolayı ortaya çıkaran dejeneratif beyin hastalığı.

**Kültür:** İnsanların ortak geçmiş, değerler, kurumlar, alışkanlıklar, beceriler, teknoloji ve sanatı.

**Kültüre duyarlı terapiler:** Azınlık grupların üyelerinin karşılaştığı onlara özgü sorunları ve durumları da içerecek şekilde tasarlanan psikoterapi yaklaşımları.

**Kumar oynama bozukluğu:** Bir dizi yaşamsal soruna yol açan, ısrarcı ve yineleyen kumar oynama davranışı ile gözlenen bir bozukluk.

**Kurumsuzlaştırma:** 1960'larda başlayan ve uzun süreyle kurumlarda tedavi ve bakım altındaki çok sayıdaki hastayı dışarı çıkararak toplum içinde tedavi edilebileceğini öneren yaklaşım.

## L

**Latent/Gizli içerik:** Rüyanın içeriğinin ardındaki sembolik anlam.

**Lateral hipotalamus (LH):** Aktif hâldeyken açlık uyandıran bir beyin bölgesi.

**L-dopa:** Dopamin düzeyinin düşük olduğu Parkinson hastalığı tedavisinde kullanılan bir ilaç.

**Lenfosit:** Lenf sistemi ve kanda bulunan ve antijen ve kanser hücrelerini tespit ve yok eden beyaz kan hücreleri.

**Lewy cisimcikleri hastalığı:** Birçok nöronda bulunan protein depolarının yapı malzemesi olan Lewy cisimciklerinden kaynaklı bir nörobilişsel bozukluk. İlerleyici nitelikteki bilişsel sorunlara ilaveten bu hastalıkta ciddi hareket güçlükleri de olur.

**Libido:** İdden kaynaklanan cinsel enerji

**Likantropi:** kurtların ya da diğer hayvanların onlara sahip olduğuna inanma durumu.

**Lityum:** Mineral bir tuz olarak doğada bulunan madeni bir element ve bipolar bozuklukta etkili bir ilaç.

**Lobotomi:** Bir cerrah beynin frontal lobları ile beynin alt bölgeleri arasındaki bağlantıları kestiği psikocerrahi yöntem.

**Locus ceruleus:** duyguların düzenlemesinde aktif olduğu düşünülen küçük bir beyin bölgesi. Buradaki birçok nöron asetilkolin barındırır.

**Lokalize amnezi:** Sınırlı bir süre içinde gerçekleşen olayları hatırlayamama.

**LSD (Liserjik asid dietilamid):** Ergot alkaloidleri adı verilen doğada var olan bir bitkiden üretilen halüsinojenik bir ilaç.

## M

**Madde kullanım bozukluğu:** Tekrarlı madde kullanımından kaynaklanan ve bazen de maddeye yönelik tolerans gelişmesi ve yoksunluk belirtileri içeren işlev sorunu yaratan davranış ve tepkiler örüntüsü.

**Magnetik rezonans görüntüleme (MRI):** beyin ve vücuttaki içsel yapıları görselleştirmek üzere kullanılan bir nörogörüntüleme tekniği.

**Majör depresif bozukluk:** İlaç ve diğer tıbbi durumların neden olmadığı engelleyici nitelikteki tek uçlu depresyon türü.

**Majör nörobilişsel bozukluk:** Gündelik bağımsız yaşantıda sıkıntıya yol açan bilişsel alanlardaki işleyişteki belirgin sorunların görüldüğü bir tür nörobilişsel bozukluk.

**Mani:** İnsanların dünyanın onlar için döndüğü gibi abartılı inançlara sahip olduğu bir tür öfori ve coşkunluk epizodu.

**Mantıksız düşünme:** Bilişsel kuramlara göre kendini doğrulayan ve zarar vererek psikolojik sorunlara yol açan mantık dışı düşünme eğilimi.

**Mantra:** Dikkati odaklamaya yardımcı olmak ve o esnadaki sıradan düşünceler ve endişelerden uzaklaştırmak için kullanılan bir ses, kelime.

**MAO İnhibitörü:** Monoamin oksidaz enziminin etkisini önleyen bir antidepresan ilaç.

**Marihuana:** Cannabis sativa adı verilen kenevir bitkisinin tomurcukları, kurutulmuş yapraklar ve çiçekli üst kısımlarının karışımından oluşan ilaç.

**Maruz bırakma terapisi:** Korkusu olan insanların kaçındıkları nesne veya durumlara yineleyici biçimde maruz kalmaları şeklinde uygulanan davranışçı odaklı bir müdahale yöntemi.

**Maskeli desen:** katılımcıların deney veya kontrol grubu arasında hangi grupta olduklarını bilmedikleri bir deneysel desen. Daha evvel körlemesine desen olarak biliniyordu.

**Mastürbasyon:** Cinsel uyarılma yaşamak için genital organlarını kendi kendine uyarma durumu.

**Mastürbasyonel doygunluk:** Cinsel açıdan parafilik bir nesne hakkında cinsel fantaziler kurarken orgazma ulaşmak için yineleyici biçimde mastürbasyon yapmasına dayanan bir davranışçı teknik. Bu işlemin nesneyi sıkıcı hale getirmesi beklenir.

**Meditasyon:** Konsantrasyonla birlikte dikkatin kendi içine döndüğü, hafif bir bilinç değişimi tekniği.

**Melankoli:** Eski Yunan ve Romalı düşünürlerin ve hekimlerin sarsılmaz bir üzüntü ve çökkünlük hâli olarak tanımladığı durum. Günümüzde depresyon olarak bilinir.

**Melatonin:** Karanlıktayken hipofiz bezinden salınan bir hormon.

**Mental durum değerlendirmesi:** Danışanın psikolojik işlevsellik durumunu ve kapsamını değerlendirmek üzere kullanılan bir dizi mülakat sorusu ve yapılan gözlem süreci.

**Merkezî sinir sistemi:** Beyin ve omurilik.

**Mesmerizm:** Avusturyalı hekim F. A. Mesmer'in histerik sorunları tedavi etmek amacıyla kullandığı yöntem. Hipnozun atası olarak bilinir.

**Meta-analiz:** Birden fazla bağımsız bilimsel çalışma sonuçlarını birleştiren istatistiksel yöntem.

**Metabolizma:** Organizmanın yiyecekleri kimsayal ve fiziksel olarak parçalayıp enerjiye çevirmesi. Aynı zamanda karaciğerin alkolü parçalayarak asetilaldehide dönüştürdüğü sırada çeşitli maddeleri biyokimyasal olarak dönüştürmesi süreci için de kullanılır.

**Metadon sürdürme programı:** Opioid bağımlılığı olan kişileri tedavi etmek için yasal olarak madde yerine veya agonisti olarak laboratuvarda yapılmış bir madde olan metadonu verilen program.

**Metadon:** Opiod benzeri laboratuvarda üretilen bir madde.

**Metamfetamin:** Bir amfetamin türü (takma adı kristal). Son on yılda popülaritesi artmıştır.

**Metilfenidat:** Genellikle piyasada Ritalin veya Concerta ismiyle satılan ve DEHB için kullanılan uyarıcı bir ilaç.

**Mevsimsel duygudurum bozukluğu (MDB):** Duygudurum epizodlarının mevsimsel değişikliklerle ilişkili olduğu bir duygudurum bozukluğu.

**Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI):** Doğru veya yanlış olarak işaretlenen çok sayıda maddenin bulunduğu, yaygın olarak kullanılan bir kişilik envanteri.

**M-Naghen testi:** Suç işlediği sırada aklının yerinde olmadığını (cezai ehliyeti yerinde olmadığını) yani bir akıl hastalığından ötürü sergilenen eylemin suç olduğunu veya doğru olanı tam olarak muhakeme edemediğini iddia eden insanlar için yaygın şekilde kullanılan bir yasal test. Aynı zamanda M-Naghten kuralı olarak da bilinir.

**Model alma:** İnsanların tepkileri yalnızca diğer insanları gözlemleyerek ve onları taklit ederek öğrenmesi. Aynı prensibe dayanan bir terapi yaklaşımı da vardır.

**Model:** Bilim insanlarının gözlemlerini açıklamaları ve yorumlamaları için yardım aldıkları bir dizi varsayım ve kavram. Aynı zamanda paradigma olarak da bilinir.

**Monoamin Oksidaz (MAO) İnhibitörü:** Beyinde MAO aktivitesini azaltan ve norepinefrin seviyesini arttıran bir antidepresan ilaç grubu.

**Monoamin Oksidaz:** Norepinefrin adlı nörotransmitterini parçalayarak yok eden bir kimyasal.

**Morfin:** Opiumdan üretilen, özellikle ağrı kesici olarak kullanılan ancak bağımlılık yapıcılığı çok yüksek bir madde.

**Motivasyonel görüşme** Danışanları ciddi bir psikolojik sorunları olduğunu fark etmeye, yapıcı seçimler yapmaya ve davranış değişikliğine motive etmeye yardımcı olmak için empati ve soruları kullanan bir tedavi yaklaşımıdır.

**Munchausen sendromu:** Çeşitli belirtiler sergileyerek hastaneye yatmak ve tedavi almak için çaba sergilenen ekstrem ve uzun dönemli bir yapay bozukluk.

## N

**Naloxone:** En yayın biçimde kullanılan opiod antagonist ilacı.

**Narkolepsi:** Uyanık saatlerde yineleyici şekilde, aniden ve direnmesi zor uyku uyuma ihtiyacı duyma ile karakterize bir uyku-uyanıklık bozukluğu.

**Narkotik maddeler:** Opioid benzeri doğal veya sentetik ilaçlar.

**Narsisistik kişilik bozukluğu:** Genellikle büyüklenmecilik içinde olma, hayranlık ve ilgi bekleme ve başkalarıyla empati kuramama gibi özelliklerle öne çıkan bir kişilik bozukluğu.

**Negatif belirtiler:** Bir kişideki normal düşünce, duygu ve davranışlardaki eksiklikleri temel alan şizofreni belirtileri.

**Negatif korelasyon:** Bir değişken artarken diğerinin azaldığı istatistiksel bir ilişki biçimi.

**Neolojizm:** Bir kişinin konuşurken kelime uydurması.

**Nesne ilişkileri kuramı:** İlişki kurma isteğinin insan davranışında kritik anlamda motivasyonel olarak itici güç olduğunu kabul eden psikodinamik

kuram.

**Nevroz:** Freud'un yoğun kaygı, bilinçdışı çatışmalarla baş ederken kişinin ego savunmalarının yetersiz kalması ile karakterize bir grup bozukluk.

**Nikotin bandı:** Yara bandı gibi deriye yapıştırılan ve bandın içindeki nikotin içeriğin deriden emilesini sağlayan bant. Sigarayı bırakmaya çalışan insanların yaşadığı yoksunluk belirtilerini azaltmaya yardımcı olur.

**Nikotin:** Tütünden doğal şekilde veya lab ortamında suni olarak üretilen bir alkaloid (nitrojen içeren bir kimyasal).

**Nomotetik anlayış:** Anormalliğin doğası, nedenleri ve tedavileri hakkında, kanunlar ya da ilkeler şeklinde genel anlayış.

**Norepinefrin:** Anormal aktivitesi panik bozuklukla ilişkilendirilen bir nörotransmiter.

**Norm:** Bir toplumun uygun koşullar için belirlediği dile getirilmiş veya getirilmemiş kuralları.

**Normalleştirme:** Entelektüel yetersizliği olan bireyler için kurum ve toplumun, toplumun geri kalanının sahip olduğuna benzer yaşam koşulları ve imkânlar sağlaması ilkesi.

**Nörobilişsel bozukluk:** Doğumda veya çocukluk döneminin çok erken aşamalarında ortaya çıkan ve en azından bir alandaki bilişsel işleyişte önemli bir gerileme ile görülen bozukluk.

**Nörofibriler yumaklar** İnsanlar yaşlandıkça sayıları artan, bazı nöronların içinde bulunan protein fiberleri.

**Nörogörüntüleme teknikleri:** CT, PET ve MR taramaları gibi beyin yapılarının görüntülerini sunan nörolojik testler. Aynı zamanda beyin taramaları olarak da bilinir.

**Nöroleptik ilaçlar** Birinci kuşak ilaçlar antipsikotik ilaçlar için kullanılan alternatif bir terim. Ayrıca istenmeyen bazı nörolojik belirtilere benzer etkiler oluşturduğu için bu isim verilmiştir.

**Nöroleptik Malign Sendrom:** Antipsikotik ilaçlara yönelik, kaslarda gerginlik, ateş, bilinç durumunda farklılaşma ve otonom işleyişte bozulmalar gibi belirtilerle kendini gösteren potansiyel olarak ölümcül reaksiyonlar.

**Nörolojik test:** Direkt olarak beyin aktivitesi ve yapılarını ölçen ve değerlendiren testler.

**Nörolojik:** Beyin aktivitesi ve yapılarıyla ilgili.

**Nöromodülatör:** Diğer nörotransmiterleriin etkilerini düzenleyen veya değiştiren bir nörotransmiter.

**Nöron:** Sinir hücresi.

**Nöropsikolojik test:** Kişinin bilişsel, algısal ve motor performansını değerlendirerek beyindeki sıkıntıları tespit eden test.

**Nörotransmiter:** Nöron tarafından sinaptik boşluğa salınan ve sonrasında komşu nöronun dendritlerindeki reseptörlerle diğer tarafa iletilen kimyasal madde.

**Nötrleştirme:** Başkalarından özel güvence istemek, kasıtlı olarak "iyi" şeyler düşünmek, ellerini yıkamak veya olası tehlike kaynaklarını kontrol etmek gibi istemsiz düşünceleri etkisiz hâle getirme girişimleri.

**Nüks Önleme Eğitimi:** Madde kötüye kullanımına yönelik en önemli bilişsel davranışçı yaklaşımlardan biri olan bu yaklaşımda danışanların madde ile ilgili davranışları üzerinde kontrol sahibi olmalarıdır. Bu hedefe ulaşmaya yardımcı olmak için madde alımına yönelik kendilerini gözlemlemeleri, yüksek riskli durumları ve bu gibi durumlara karşın alabilecekleri tedbirleri belirlemelerine dayanan yöntem.

## O

**Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar:** İnsanların yaşamlarını sekteye uğratacak biçimde yineleyici ve abartılı spesifik davranış örüntüleri sergilemeye iten obsesif nitelikte endişelerin belirgin olduğu bir grup bozukluk.

**Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu:** İnsanların yoğun şekilde düzen, mükemmellik ve kontrolle meşgul olması ve esnekliği, açıklığı ve verimliliği kaybetmesi ile gözlenen bir kişilik bozukluğu.

**Obsesyon:** Yineleyici, istemdışı, ısrarcı ve kaygıya yol açan düşünce, fikir, dürtü veya görüntüler.

**Oksikodon:** Genellikle ağrıyı hafifletmek için reçete edilen tıbbi opiyatlardaki ana bileşen.

**Okulu reddetme:** Çocukların okula gitmeyi reddederek sıklıkla uzun süreyle evde kalmaları örüntüsü. Aynı zamanda okul fobisi olarak da adlandırılır.

**Olanzapin:** Piyasa ismi Zyprexa olan ikinci nesil antipsikotik ilaçlardan biri.

**Opioid:** Afyondan doğal olarak veya sentetik biçimde üretilen maddeler; ayrıca toplu olarak narkotikler olarak da bilinir.

**Opioid antagonisti:** Beyinde opioid reseptörlerine bağlanarak opioid etkilerini bloke eden madde.

**Oral evre:** Freud'un psikocinsel gelişim evrelerindeki erken dönemlerin biri, bebeğin ana haz yollarından biri beslenmedir ve beslenmeye aracı olan vücut parçası olan evre.

**Orbitofrontal korteks:** Boşaltım, cinsellik, şiddet ve diğer ilkel aktiviteleri içeren dürtüleri yöneten beyin yapısı.

**Orgazm:** Erkeklerde meninin boşalması ve kadınlarda vajina dış 1/3'ünün büzülmesi esnasında ritmik olarak pelvik bölgedeki kasların kasılmasından oluşan cinsel hazda en tepe nokta.

**Orgazm evresi:** Cinsel hazzın doruğuna ulaşıldığı ve pelvik bölgedeki kasların ritmik olarak kasılması veya gevşemesi ile cinsel gerilimin azaldığı cinsel tepki döngüsü evresi.

**Ortak dikkat:** Yakın çevrelerindeki nesnelere ve olaylara diğer insanlarla birlikte odaklanmak, karşılıklı göz teması kurmak, gördükleri nesneleri diğerlerine göstermek, nesneleri işaret etmek veya benzer diğer eylemlerde bulunma.k

**Orta düzey entelektüel yetersizlik:** İnsanların kendilerine bakmayı öğrenebildiği ve mesleki eğitimden faydalanabildiği entellektüel yetersizlik düzeyi (35-49 IQ).

**Ortalama:** Bir grup puanın ortalaması.

**Otizm spektrum bozukluğu:** Diğer insanlara yönelik aşırı düzeyde tepkisizlik, ciddi düzeyde iletişim eksiklikleri ve sıklıkla tekrarlayıcı ve tipik davranışlar, ilgi alanları ve aktiviteler ilke karakterize bir gelişimsel bozukluk.

**Otoerotik asfiksi:** Masturbasyon sırasında kişinin daha fazla haz almak için kendini nefessiz bırakması, boğazını sıkması veya çeşitli araçlarla boğma girişiminde bulunması ile ortaya çıkan ciddi ölçüde oksijensiz kalma durumu.

**Otojenik toplu katliam:** Bir kişinin planlı şekilde ayrım yapmaksızın aynı anda birçok insanı toplu halde öldürmesi durumu.

**Otomatik düşünceler:** Depresyon, kaygı veya diğer psikolojik sorunların ortaya çıkmasına veya sürmesine katkıda bulunan bir dizi hoşa gitmeyen düşünceler.

**Otonom sinir sistemi (OSS):** Merkezî sinir sistemini bedendeki tüm organlara bağlayan sinir sistemi ağı.

**Oyun terapisi:** Çocuklar oyuncaklarla oynayarken, çizim yaparken ve hikayeler uydururken hayatlarındaki çatışmaları ve bunlarla ilgili duygularını yansıtmalarına yardımcı olan tedavi yaklaşımı.

## Ö

**Ödül devresi:** Aktif olduğunda beyinde haz hissi uyandıran dopamin açısından zengin devre.

**Ödül eksikliği sendromu:** Bazı insanlarda olduğu düşünülen ve gündelik yaşamlarında olağan olaylarda beyindeki ödül devresinin aktif hale geçmemesi hâli.

**Ödül:** Spesifik bir davranışın sergilenmesini teşvik etmesi için organizmaya sunulan hoşa giden uyaran.

**Öğrenilmiş çaresizlik:** Geçmiş deneyimlere bağlı olarak bir kimsenin hayatı veya aldığı pekiştireçler üzerinde hiç kontrolü olmadığı algısı.

**Ölüme hazırlananlar:** Zaten veya eninde sonunda nasılda öleceğini düşünerek intihar girişiminde bulunan kişi (death initiator).

**Ölüme meydan okuyanlar:** Rus ruletinde olduğu gibi intihara teşebbüs etse de ölüp ölmeme konusunda kararsızlık yaşayan kişi.

**Ölümü arayanlar:** İntihar girişimi esnasında net biçimde hayatını sonlandırmaya niyetli olan kişi.

**Ölümü yok sayanlar:** Ölümün dönülmez bir son olduğunu düşünmeden intihar girişiminde bulunan kişi.

**Önleme:** Psikolojik sorunların ortaya çıkışını engellemeyi veya azaltmayı hedefleyen toplumsal sağlık programlarının kritik bir özelliği.

**Örtük duyarlılaştırma:** Gevşemiş bir hâlde iken hayalde hoşa gitmeyen/nahoş durumlarla eşleştirerek istenmeyen davranışı ortadan kaldırmaya dayalı tedavi yöntemi.

**Örtük duyarsızlaştırma:** Gevşemiş bir hâlde iken korkulan nesne veya durum ile yüzleşmeyi hayal etmesine dayalı duyarsızlaştırma yöntemi.

**Östrojen:** Birincil kadın cinsiyet hormonu.

**Özdeşim kurma:** Bilinç dışı biçimde ebeveynlerinin değer yargıları ve hislerini kendi kimliğiymiş gibi görme. Aynı zamanda insanların kaygıya yol açan değerler ve hislerle baş etmesi için kullanılan ego savunma mekanizması.

**Özel eğitim:** Entelektüel yetersizlikleri olan çocukların bir araya getirilerek özel olarak tasarlanmış, bağımsız bir eğitim programının uygulandığı bir eğitim modeli.

**Özgül fobi:** Spesifik bir nesne veya durumdan aşırı ve ısrarcı biçimde korku duyma. (Agorafobi veya sosyal kaygı bozukluğu içermez.)

**Özgül öğrenme güçlüğü:** Okuma, yazma, aritmetik veya matematik becerileri gibi bilişsel becerilerde sorunların yaşandığı bir nörogelişimsel bozukluk.

**Öz yetkinlik:** Gerektiğinde lazım olan davranışları sergileme ve onlar üzerinde kontrol sahibi olduğuna dair inanç.

## P

**Panik atak:** Periyodik şekilde görülen, kısa süreli, aniden dakikalar içinde yoğunlaşan ve zaman içinde azalan panik baskınları.

**Panik beyin devresi:** Panik tepkilerin ortaya çıkmasına katkıda bulunan amigdala, hipokampus, hipotalamusun ventromedial çekirdeği, merkezi gri madde ve locus coeruleus gibi yapılardan oluşan bir beyin devresi.

**Panik bozukluk:** Yineleyici ve öngörülemez panik ataklarla gözlenen bir kaygı bozukluğu.

**Parafili bozukluğu:** Parafililer bir kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlev kaybına neden olması veya parafililerin tatmini, kişiyi veya diğer insanları, şu anda veya geçmişte zarar görme riski ile karşı karşıya bırakması ile düşünülen bir bozukluk.

**Parafililer:** Toplum tarafından uygunsuz görülen, bazı nesnelere veya durumlara karşı tekrarlanan yoğun cinsel dürtülerin veya fantazilerin olması ve bununla bağlantılı olarak uygun olmayan davranışlar sergilenmesi durumu.

**Paranoid kişilik bozukluğu:** Aşırı düzeyde diğer insanlara güvenmeme ve şüphenin baskın olduğu kişilik bozukluğu.

**Parasempatik sinir sistemi:** Algılanan tehlike geçtiğinde, kalp atışımızı ve diğer vücut süreçlerimizi normale döndürmeye yardımcı olan bir otonom sinir sistemi lifleri grubu.

**Parasoomni:** Uykuda yürüme, gece terörü, kabus bozukluğu gibi uyku esnasında sıra dışı durumların yaşandığı uyku-uyanıklık bozuklukları.

**Parasuisid:** Ölümle sonuçlanmayan girişimler.

**Parkinson belirtileri:** Nörolojik bir bozukluk olan Parkinson hastalığının özelliklerine çok benzeyen belirtiler; şizofreni için birinci kuşak antipsikotik ilaçları kullanan hastalarda bu gruptaki bir veya daha fazla sayıda belirti sergileyebilir.

**Parkinson hastalığı:** Titremeler, katılık ve sabit duramama gibi belirtilerle görülen, yavaş ve ilerleyici bir nörolojik rahatsızlık. Aynı zamanda nörobilişsel bozukluğu da neden olabilir.

**Pedofili bozukluğu:** Çocukları izlemek, dokunmak veya onlara yönelik cinsel eylemde bulunmak ile ilgili yineleyici biçimde ve yoğun cinsel dürtü ve fantazilerin olması. Bu düşünce veya deneyimler klinik olarak önemli ölçüde stres veya sıkıntı yaratır.

**Pekiştirme:** Bir organizmanın davranışlarından kaynaklanan istenen veya istenmeyen uyaranlar.

**Penis protezi:** Suni bir sertleşme yaratan yarı katı bir kamışın cerrahi operasyonla yerleştirilmesi.

**Performans kaygısı:** Cinsel eylemler sırasında yetersiz performans sergileme korkusu ve bununla ilişkili gerginlik.

**Perzeverasyon:** Bazı kelime ve ifadelerin yineleyici tekrarı.

**Pick hastalığı:** Frontal ve temporal lobları etkileyen ve nörobilişsel bir bozukluğa yol açan nörolojik bir rahatsızlık.

**Plasebo terapisi:** Bir deneydeki katılımcıların etkili olduğuna inandıkları bir şekilde uyarıcı nitelikte olan müdahale.

**Pletismografi:** Cinsel uyarılmayı ölçen cihazlar.

**Positron emisyon tomografisi (PET):** Beyindeki metabolizma oranlarını gösteren bilgisayar destekli hareketli resim gösterisine dayalı bir tetkik.

**Postpartum depresyon:** doğumdan sonraki haftalarda (özellikle doğumdan ilk 4 hafta sonra) başlayan klinik depresyon epizodu.

**Postpartum psikoz:** Doğumdan günler veya haftalar sonrasında az sayıda annede görülen psikoz yaşanan dönem.

**Pozitif belirtiler:** Bir kişinin davranışındaki "patolojik aşırılıklar" veya eklenen tuhaflıklar olarak tanımlanabilen, sanrılar, dağınık düşünce ve konuşma, algılada hassasiyetin artması ve halüsinasyonlar ile uygunsuz duygulanım biçiminde olan ve şizofrenide en sık görülen belirtiler.

**Pozitif korelasyon:** İki değişken arasında birlikte artma veya azalma ile gözlenen istatistiksel ilişki biçimi.

**Prefrontal korkteks:** Beyinde diğer özelliklerinin yanı sıra kısa süreli bellekte kritik roller oynayan yapı.

**Premenstural disfori bozukluğu:** Menstürasyon öncesi psikolojik ve fiziksel rahatsızlık duymaya odaklı yaygın bir kategori.

**Premorbid:** Bir bozukluğun başlangıcı öncesindeki döneme ait düzensizlik.

**Proband:** Genetik çalışmanın odağı olan kişi.

**Prodromal evre:** Şizofreni belirtilerinin tam olarak ortaya çıkmadığı ancak kişinin işlevselliğini öncesine nazaran kötüleşmeye başladığı dönem.

**Projektif test** Kişinin yorumladığı ya da tepki verdiği belirsiz materyalden oluşan test.

**Prosedürel bellek:** Bir kişinin onları düşünmesine gerek kalmadan sergilediği becerilerin öğrenilmesine odaklı bellek.

**Psikedelik ilaçlar:** Bu tür halüsinojenler arasında LSD, meskalin, psilosibin ve MDMA (Ecstasy) bulunur, çoğu bitkilerden veya hayvanlardan elde edilir, bazıları ise laboratuvarlarda sentetik olarak üretilir.

**Psikocerrahi:** Zihinsel/ruhsal bozukluklar için kullanılan bir beyin cerrahisi yöntemi.

**Psikocinsel evreler:** Freud tarafından tanımlanan ve id, ego ve süperegonun etkileşimini içeren gelşiimsel evreler.

**Psikodinamik kuram:** Bir kişinin normal veya anormal davranışlarının büyük ölçüde bilinçli olarak farkında olmadığı altta yatan psikolojik etkenler tarafından belirlendiğine dayanan kuram.

**Psikodinamik terapi:** Geçmiş travmaları ve bunlardan kaynaklanan iç çatışmaları ortaya çıkarmayı amaçlayan terapi yaklaşımı.

**Psikofarmakolog** Öncelikli olarak ilaç reçete eden psikiyatri hekimi.

**Psikofizyolojik bozukluklar:** Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşim içinde fiziksel bir hastalığa yol açması veya mevcut durumun daha kötüye gitmesine katkıda bulunan bo-

zukluklar. Ayrıca diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik etkenler olarak da adlandırılır.

**Psikofizyolojik Test:** Klinisyenlerin psikolojik problemlerin olası göstergeleri olarak fizyolojik tepkileri (örn. kalp atımı ve kas gerginliği) ölçen bir test.

**Psikojenik yaklaşım:** Anormal davranışın temel nedenlerinin psikolojik olduğunu öne süren yaklaşım.

**Psikoloji:** Zihinsel süreçleri ve davranışları inceleyen bilim dalı.

**Psikolojik anlamlandırma:** Travma mağdurlarının kritik olayın gerçekleştiği günü takip eden günlerde duyguları ve tepkileri hakkında ayrıntılı bir şekilde konuşmalarını sağlayan bir kriz müdahalesi türü; kritik olaylardaki stresin anlamlandırılması olarak da adlandırılır.

**Psikolojik otopsi:** Klinisyenlerin ve araştırmacıların kişinin ölümünün intihar olup olmadığını anlamak için geçmişe dönük olarak verileri bir araya getirerek analiz etmesi işlemi.

**Psikolojik profil:** Sergilenen suç davranışına yönelik bireysel örüntüye ve benzer suçlar işleyen insanların psikolojik özelliklerine dayanarak bilinmeyen suçlu kişinin psikolojik, duygusal ve kişilik özelliklerinin sorgulanması ve ilgili kişiye ulaşma girişimi.

**Psikomotor Belirtiler:** Şizofreni gibi bazı sorunlarda görülen hareketlerdeki sıkıntılar.

**Psikonöroimmünoloji:** Psikososyal stres, bağışıklık sistemi ve sağlık arasındaki bağlantıları inceleyerek stres, bedenin bağışıklık sistemi ve hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen alan.

**Psikopati:** Antisosyal kişilik bozukluğuna bakınız.

**Psikopatoloji:** Normalden sapan, sıkıntı veren, işleyişte bozulmalara yol açan ve/veya tehlikelilik içeren işlevsellikteki anormal örüntü.

**Psikoterapi:** Danışanın (Hastanın) yaşadığı psikolojik sıkıntıları aşması için sözleri ve eylemlerinin temel alındığı bir müdahale veya tedavi yöntemi.

**Psikotropik ilaç:** Öncelikle beyni etkileyen ve zihinsel rahatsızlıkların birçok belirtisini azaltan ilaçlar.

**Psikoz:** Kişinin gerçeklikle kritik ölçüde ilişkisini yitirdiği bir durum.

## R

**Rasyonalizasyon:** Kişinin istenmeyen bir davranış veya sonuç için kabul edilebilir sebepler yaratması şeklinde görülen bir ego savunma mekanizması.

**Referans düşünceler:** Alakasız olayların kendisi ile anlamlı ilişkileri, bağlantısı olduğuna inanma.

**Referans sanrısı:** Bir kişinin diğer insanların hareketlerine, çevrede bulunan çeşitli nesne veya olaylara çok özel ve kişisel anlamlar yükleyerek bunlara inanması.

**Retiküler formasyon:** İnsanların uyanık kalması, tetikte olması ve dikkat etmesine yardımcı olan beyin yapısı.

**Risperidon:** Yaygın şekilde reçete edilen ikinci nesil bir antipsikotik ilaç.

**Ritalin:** Metilfenidat türevi uyarıcı bir ilaç. Özellikle DEHB sorununda reçete edilir.

**Rol yapma/canlandırma:** Danışanların terapist tarafından verilen bazı rolleri sergilemek için yönlendirmesi ile taklit etmelerine dayalı bir terapi tekniği.

**Rorschach testi:** Kişinin psikolojik özelliklerini ortaya çıkarmasına yardımcı olan ve mürekkep lekelerinden oluşan bir projektif test.

**Rosental etkisi:** Bir deneyin sonuçlarının sıklıkla araştırmacının beklentilerini doğrulaması yönündeki genel bulgu.

**Rüya:** Uyku esnasında ortaya çıkan hayal, düşünce ve görüntüler.

## S

**Sağlamlık:** Stres tepki olarak ortaya çıkan olumlu ve güçlü özellikler ve tutumlar.

**Sağlıklı yaşam:** Genç insanların yaşlılık dönemine hazırlık olarak fiziksel ve ruhsal sağlıklarını sürdürme çabasına dayanan ilke. Aynı zamanda esenlik hâli olarak adlandırlabilir.

**Sahte katılımcı:** Bir çalışmada başka bir katılımcı gibi davranarak istenen yönde bir etki yaratmaya yardımcı olan araştırmacı ortağı kişi.

**Sahte komando tür toplu katliamları:** Genellikle gündüz vakti diğer insanlar arasında iken olayı önceden planlayan ve yüklü cephaneyle birlikte oraya gidip toplu olarak insanları öldürme durumu. Genelde katilin olay sonrası için planlanmış bir kaçışı yoktur ve olay sırasında öldürülmeyi bekler.

**Sanal gerçeklik tedavisi:** Gerçek dünyadaki nesnelerin ve durumların bir simülasyonunu oluşturmak amacıyla 3D bilgisayar grafiklerinin kullanılmasına dayanan bilişsel davranışçı müdahale biçimi.

**Sanrı (Delüzyon/Hezeyan):** Karşıt kanıtlara rağmen, ısrarcı biçimde yanlış ve tuhaf inançlara kapılma durumu.

**Sanrısal bozukluk:** Şizofrenik bozukluktan farklı, ısrarcı şekilde çok tuhaf olmayan sanrıların yer aldığı bir bozukluk.

**Saplanma:** Freud'a göre id-ego ve süperegonun olağan şekilde olgunlaşmaması ve kişinin gelişim evrelerinin erken bir döneminde takılıp kalması.

**Sapma:** Genel davranış örüntülerindeki değişiklik.

**Savant sendromu:** Önemli ölçüde entelektüel yetersizliği olan bazı bireylerde bu duruma rağmen bazı alanlarda genel ortalamanın üzerinde, sıra dışı becerilere sahip olması.

**Seçici amnezi:** Belirli bir süreçte meydana gelen olayların hepsini olmasa da bazılarını hatırlama durumu.

**Seçici konuşmama:** Diğer ortamlarda sergilenirken konuşmanın beklendiği bazı sosyal ortamlarda konuşamama şeklinde görülen bir bozukluk.

**Seçici serotonin geri alım inhibitörleri:** Diğer nörotransmiterler üzerinde herhangi bir etki göstermeden özel olarak serotonin aktivitesini artıran ikinci nesil antidepresan ilaçlar grubu.

**Seçkisiz atama:** deney ve kontrol gruplarının yapısındaki olası farklılıkları engellemek için katılımcıların seçkisiz şekilde gruplardan birine atanması durumu.

**Şekillendirme:** Aşamalı şekilde istenen davranışa yaklaşmanın o davranışın tamamının öğrenilmesine kadar ödüllendirilmesine dayalı öğrenme prosedürü.

**Sembolik kayıp:** Freudyen kurama göre değer verilen bir nesnenin/durumun kaybının (örn. işin kaybı) bilinçdışı şekilde sevilen birinin kaybı gibi yorumlanması. Aynı zamanda hayali kayıp olarak da adlandırılır.

**Sempatik sinir sistemi:** Kalp atışını hızlandıran ve uyarılma ve korku gibi durumlardaki diğer değişimlere yol açan otonom siniş sisteminin lifleri. Beyin ve bedendeki uyarılma ve korkuyla ilişkili iki ana rotadan biri.

**Sendrom:** Genellikle bir arada görülen bir grup belirti.

**Senil plakları:** İnsanlar yaşlandıkça sayıları artan, bazı nöronlar arasındaki boşluklarda ve kan damarlarında bulunan, beta-amiloid proteinlerin oluşan yuvarlak şekilli yapılar.

**Serbest çağrışım:** Hastanın, anlamsız/önemsiz görünse de, o an aklına gelen herhangi bir düşünce, his veya görüntüyü sınır koymadan dile getirdiği psikodinamik bir teknik.

**Serbest kaygı:** Kronik ve ısrarcı olsa da, herhangi belirlenebilir veya tanımlanabilir bir tehditle alakalı olmayan kaygı.

**Serebellum:** Bedendeki hareketleri koordine eden ve belki de dikkati hızlı biçimde başka bir konuya/duruma kaydırmaya yardımcı olan bir beyin bölgesi.

**Seri katil:** Uzun bir süre-genelde bir ay veya daha uzun süreyle- boyunca ayrı olaylarda bir dizi cinayet (3 veya daha fazla) işleyen kişi.

**Serotonin:** İşleyişindeki anormalliğin depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu bir nörotransmiter.

**Sertleşme bozukluğu:** Erkeklerde cinsel

etkinlik sırasında yineleyici olarak sertleşme/ereksyion sağlamada ya da sertleşmeyi sürdürmede güçlük çekmesi ile gözlenen cinsel işlev bozukluğu.

**Siber zorbalık:** E-posta, mesajlar, sohbet odaları, cep telefonları veya diğer dijital cihazlar ile insanları taciz ve tehdit etmek veya yıldırmak, göz dağı vermek.

**Siklotimik bozukluk:** Hipomanik ve depresif belirtilerin sıkça görüldüğü bir bozukluk.

**Sildenafil:** Ticari adı Viagra olan, cinsel aktivite esnasında penise giden kan akışını artıran ve sertleşme bozukluğunda kullanılan ilaç.

**Sinaps:** Bir nöronun sinir ucu ile diğer bir nöronun dendriti arasındaki ufak boşluk.

**Sinerjik etki:** Farmakolojide, bedende aynı anda birden fazla maddenin etkilerinin artması veya katlanması durumu.

**Sinestezi:** Duyusal algıların birbirinin yerine geçmesi durumu. Örneğin yüksek bir sesin görülmesi veya bir rengin hissedilmesi durumu.

**Sınıflandırma sistemi:** Uygun tanılar vermek için bir dizi belirti ve tanımlama ile bozuklukların listelenmesi.

**Sınır kişilik bozukluğu:** Tekrarlı biçimde kişiler arası ilişkilerde, kendilik algısında ve duygudurumda tutarsızlıklar ve dürtüsel davranışlar ile karakterize bir kişilik bozukluğu.

**Sinir ucu:** Bir nöronun en sonundaki, bir akımın diğer nörona aktarıldığı bölge.

**Sınırlı kapasite ile suçluluk:** Yasal olarak zihinsel yetersizliklerden ötürü zanlının belirli bir suçu işleyemeyeceğinin ve dolayısıyla daha az bir ceza alması gerektiğini iddia etme.

**Sıradışı görsel:** Sahne, ortam veya nesnenin o anki mevcut durumu değişse de, ona dair güçlü görsellerin zihinde varlığını sürdürmesi.

**Sirkadyen ritim bozukluğu:** Çoğu insandan farklı olarak, bir kişinin uyku-uyanıklık örüntüsündeki uyumsuzluk ile birlikte gözlenen bozukluk.

**Sirkadyen ritim:** Bedende tekrarlı biçimde işleyen biyolojik değişikliklerin oluşturduğu içsel "saat".

**Siroz:** Sıklıkla aşırı alkol alımından ötürü ortaya çıkan ve karaciğerin zedelenmesi, anatomik ve işlevsel olarak bozulması ile geri dönüşü olmayan tıbbi sorun.

**Sistematik duyarsızlaştırma:** Fobisi olan danışanların aşırı düzeyde korktukları nesne veya durumlara daha sakin tepkiler vermelerine yardımcı olmak için gevşeme egzersizi ve korku hiyerarşisini kullanan bir maruz bırakma terapisi

**Sivil bağlılık:** Bireyin zorunlu olarak psikolojik tedavi görmesi için uygulanan yasal düzenleme.

**Şizoduygulanımsal bozukluk:** Hem şizofreninin hem de bir majör depresif dönemin veya bir manik dönemin belirgin belirtilerinin var olduğu durum.

**Şizofreni ile ilişkili beyin devresi:** Şizofreniye katkıda bulunan ve işleyişinde sorun olan beyin devresi. Prefrontal korteks, hipokampus, amigdala, talamus, striatum ve substantia nigra gibi beyin yapılarını içerir.

**Şizofrenimsi bozukluk:** Sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, kısıtlı ya da uygunsuz duygulanım ve katatoni gibi çeşitli psikotik belirtilerin görülmesi.

**Şizofrenojenik anne:** Soğuk, baskın ve çocuğun istek ve ihtiyaçlarına ilgisiz kalma şeklinde görülen ve şizofreniye yol açtığı düşünülen bir tür annelik.

**Şizoid kişilik bozukluğu:** Israrla sosyal ilişki kurmak ve sürdürmekten kaçınma ve uzaklaşma ve de çok az duygu gösterme ile görülen bir kişilik bozukluğu.

**Şizotipal kişilik bozukluğu:** Yakın ilişkilerden aşırı rahatsız olma, çok tuhaf düşünme ve algılama kalıpları ve davranışsal eksantrikliklerle tanımlanmış bir dizi kişilerarası problem sergileyen bir kişilik bozukluğu.

**Sodyum amobarbital (Amytal):** İnsanları uykuya yakın bir duruma sokarak unuttukları olayları hatırlamalarına yardımcı olan ilaç.

**Sodyum fenobarbital (Pentothtal):** İnsanları uykuya yakın bir duruma sokarak unuttukları olayları hatırlamalarına yardımcı olan ilaç.

**Sohbet grubu:** Gaziler arasında görülen ve üyelerin bir araya gelerek deneyimlerini ve duygularını (özellikle suçluluk ve öfke) paylaşıp içgörü geliştirdikleri ve birbirlerine karşılıklı destek verdikleri grup terapisinin ilk örneği.

**Somatik belirti bozukluğu:** İnsanların yaşadıkları bedensel belirtilere dair aşırı düzeyde sıkıntı, endişe ve kaygı duydukları, yaşamları büyük ölçüde ve orantısız olarak, semptomlar tarafından kesintiye uğratılıpdeneyimledikleri bedensel bir bozukluk.

**Somatojenik yaklaşım:** Psikolojik işleyişin ardında fiziksel ve tıbbi gerekçeler olduğunu iddia eden görüş.

**Sosyal beceri eğitimi:** İnsanlara canlandırma ve istenen davranışların provalarını yaparak sosyal beceri ve girişkenlik kazandırmak üzere yardımcı olan bir terapi yaklaşımı.

**Sosyal iletişim bozukluğu:** Belirgin bir dil sorunu veya bilişsel sıkıntı yaşamadan iletişimde ve sosyal ilişkilerde ısrarcı sorunlar yaşamak şeklinde görülen bir bozukluk. İletişim ve sosyal sorunlar, otizm spektrum bozukluğundan içerik olarak daha farklıdır ve daha düşük şiddettedir.

**Sosyal kaygı bozukluğu:** Utanç duyma ihtimali olan ortamlarda ciddi oranda ve yineleyici biçimde sosyal veya performans korkusu duyması.

**Sosyal terapi:** Şizofreninin tedavisinde terapistin pratik önerilerde bulunduğu ve yaşam düzenlemeleri konusunda yardımcı olduğu bir terapi yaklaşımı. Terapi ayrıca sorun çözümü, karar verme, belleği geliştirme, sosyal becerileri arttırma ve ilaçla tedavi yönetimi gibi konulara da odaklanır. Aynı zamanda kişisel terapi olarak da bilinir.

**Sosyopati:** Antisosyal kişilik bozukluğuna bakınız.

**Standardizasyon:** Herhangi bir bireyin bir testteki performansını değerlendirmek için karşılaştırma yapmak amacıyla geniş ölçekli bir grup insana uygulanması süreci.

**Stres azaltma ve sorun çözme programları:** İşletmelerde ruh sağlığı uzmanlarınca çalışanlara baş etme, sorun çözme ve stresi azaltma amacıyla teknikler öğreten çalışma grupları veya grup oturumları.

**Stres beyin devresi:** İşleyişinde bir sorun olduğunda TSSB'ye katkıda bulunan beyin devresi. Amigdala, prefrontal korteks, ön singulat korteks, insula ve hipokampüs gibi beyin yapıları içerir.

**Stres tepkisi:** Bir kişinin strese yönelik spesifik tepkisi.

**Stres yönetimi programı:** Yaygın kaygı ve diğer kaygı bozukluklarının tedavisinde danışanlara stresi azaltma ve kontrol etme teknikleri öğretmeye dayalı bir yaklaşım.

**Stresör:** Bir kişiyi zorlayıcı bir duruma sokan veya bir şekilde bir tür değişim imkanı sağlayarak bir tehdit algısı yaratan bir olay

**Subgenual singulat:** İşleyişindeki anormalliğin depresyonla ilişkilendirildiği bir beyin yapısı. Aynı zamanda Brodman 25. alanı olarak da bilinir.

**Subliminasyon:** Psikanalitik kuramda idin arzularının hem sosyal olarak kabul edilebilir hem de kişisel olarak tatmin edici bir şekle dönüştürülmesi.

**Suçlu ama akıl hastası:** Zanlının bir suç işlediğini kabul edilse de o esnada yaşadığı akıl hastalığından muzdarip olduğu için cezasını özel bir hastanede çekmesi kararı.

**Süperego:** Freud'a göre kişinin değer yargıları ve ideallerini temsil eden psikolojik güç.

**Sürdürme terapisi:** bağımlılığı olan kişilere yasal olarak tıbbi olarak kontrol altında bağımlı oldukları maddeyi veya bir benzerinin verilmesine dayalı tedavi yöntemi.

**Sürekli amnezi:** Yeni edinilen bilginin yanı sıra geçmişteki belirli olayları hatırlayamama durumu.

**Sürtünmecilik bozukluğu:** Rıza göstermeyen bir kişiye dokunmaktan veya

sürtünmekten yineleyici bir biçimde ve yoğun bir cinsel uyarılma yaşama şeklinde görülen bir tür parafili.

## T

**Tanatos:** Freudyen görüşe göre yaşama dürtüsünün karşısında işlev gösteren temel ölçüm dürtüsü.

**Tanı:** Bir kişinin sorununun spesifik bir bozukluğu yansıttığına karar verme durumu.

**Tarantizm:** Avrupa'da MS 900 ve 1800 yılları arasında bir grup insanın aniden zıplamaya, dans etmeye ve çırpınmaya başlaması ve konvulsiyonlar geçirmesi şeklinde görülen bir bozukluk.

**Tardiv diskinezi:** Bazı hastalarda antipsikotik ilaçları uzun süre kullandıktan sonra ortaya çıkan istem dışı hareketleri içeren ekstrapiramidal etkiler.

**Taş kokain:** Çok güçlü ve sigara gibi içilebilen kokain türüne verilen ad.

**Taşırma:** danışanın korktuğu nesneye, aslında onun zararsız olduğunu anlaması amacıyla yineleyici ve yoğun biçimde maruz kalması şeklinde uygulanan maruz kalma terapisi.

**Tecavüz:** Bir kişiyi rızası olmadan cinsel ilişkiye veya başka bir cinsel eyleme zorlama veya bir yetişkin ile reşit olmayan bir kişi arasındaki cinsel ilişki biçimi.

**Tedavi alma hakkı:** Hastaların özellikle de bir suç söz konusu olduğunda yeterli tedavi alma konusundaki yasal hakkı.

**Tedavi edici ortam terapisi:** Üretmeye dayalı aktiviteyi, öz saygıyı ve bireysel sorumluluğu teşvik eden bir sosyal iklim veya ortama sahip kurumların tedavi konusunda işe yarayacağı görüşünü temel alan insancıl yaklaşım.

**Tedavi:** Anormal davranışı daha normal hâle getirmeye yardımcı olmak üzere tasarlanan sistematik bir prosedür.

**Tedaviyi reddetme hakkı:** Hastaların belirli türdeki bir tedaviyi yasal açıdan almayı reddetme hakları.

**Tek uçlu depresyon:** Mani öyküsü olmayan depresyon.

**Telezihinsel sağlık:** Terapistlerin fiziksel olarak orada bulunmadan ruh sağlığı hizmetleri sunmak için çeşitli dijital teknolojileri kullanması.

**Temaruz:** Mali kazanç veya askerlikten kaçmak gibi bazı esktra kazanımlar elde etmek için kasıtlı olarak hastalık taklidi yapmak.

**Tematik algı testi (TAT):** Üzerinde belirsiz durumlar olan ve danışanın bunları yorumlaması istenen resimlerden oluşan bir projektif test.

**Temel irrasyonel varsayımlar:** Albert Ellis'e göre, çeşitli psikolojik sorunları olan insanların benimsediği doğru olmayan ve uygunsuz inançlar.

**Temel ölçüm verisi:** Bir kişinin herhangi bir test veya ölçümden hemen önce başlangıç seviyesindeki tepki düzeyi.

**Temizleme kompulsiyonu:** İnsanların kendilerini, eşyalarını ve evlerini temizlemek zorunda hissetmeleri gözlenen kompulsiyonlar.

**Temporal loblar:** Diğer işlevlerinin yanı sıra kısa süreli bellekte bulunan bilgilerin uzun süreli belleğe aktarılmasında kilit rol oynayan beyin bölgeleri.

**Tepki envanterleri:** Detaylı bilgi sağlayabilmek amacıyla kişilere kendileriyle ilgili ancak duygulanım, sosyal beceriler ve bilişsel süreçler gibi işlevselliğin belirli bir alanında sorular yönelten testler.

**Tepki önleme ve maruz bırakma:** İnsanların kaygı, obsesif korkular ve kompulsif davranışlar ortaya

**Tepkisellik:** Gözlemci varlığının diğer insanların davranışlarını etkileme düzeyi.

**Terapi:** Bir kişinin psikolojik sorunlarının üstesinden gelmesine yardımcı olmak üzere uygulanan sergilenen sistematik yaklaşım. Terapi danışan (hasta), eğitimli bir terapist ve aralarındaki bir dizi görüşmeden oluşur.

**Terapist:** Bir kişinin psikolojik sorunlarının üstesinden gelmesine yardımcı olmak üzere sistemli şekilde bir terapi uygulayan profesyonel klinisyen.

**Tersine çevirme deseni:** Davranışım temel ölçümünün ardından (A evresi), müdahalenin uygulandığı (B evresi) ve müdahalenin çekilmesinin ardından temel ölçümün yeniden alındığı (A evresi) ve yeniden müdahalenin sisteme dahil edildiği tek denekli bir deneysel araştırma deseni.

**Test:** Bir kişinin yaşamındaki işlevselliğine dair kapsamlı şekilde çıkarımlar yapmak üzere bilgi toplama amacıyla kullanılan araç.

**Testosteron:** Birincil erke cinsellik hormonu.

**Tetrahidrokanabinol (THC):** Kenevirdeki ana aktif madde.

**Tıkınırcasına içme:** Tek oturuşta kişinin beş ve daha fazla sayıda alkollü içki alması örüntüsüne verilen ad.

**Tıkınırcasına yeme bozukluğu:** Aşırı düzeyde telafi davranışı olmaksızın sıklıkla tkanırcasına yeme durumunun olması ile karakterize psikolojik bir bozukluk.

**Tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi anoreksiya nervosa:** İnsanların tıkınırcasına yeme dönemleri olmasına karşın, yemeklerden sonra kendilerini kusmaya zorlamaları veya aşırı ölçüde laksatif veya diüretik kullanımı ile hâlâ kilo vermeye devam ettikleri bir anoreksiya nervosa alt tipi.

**Tıkınırcasına yeme:** Bir kişinin bir anda ve kontrolsüzce çok büyük miktarda yiyecek tüketmesi durumu.

**Tip I Şizofreni:** Bazı kuramcılara göre sanrılar, varsanılar ve belirti düşünce bozukluklarının gibi pozitif belirtilerin baskın olduğu şizofreni türü.

**Tip II Şizofreni:** Bazı kuramcılara göre künt duygulanım, konuşmada yoksunluk ve istek/irade kaybı gibi negatif belirtilerin baskın olduğu şizofreni türü.

**Tiramin:** Vücutta biriktiği zaman, kan basıncını tehlikeli biçimde arttıran bir kimyasal madde, yaygın şekilde birçok yiyecekte bulunur ve MAO enzimi tarafından parçalanır.

**Tolerans:** Düzenli olarak bazı ilaçların kullanımı sonucunda daha evvelki etkileri görebilmek üzere daha fazla miktarda kullanmayı gerektirmesi durumu.

**Toplum ruh sağlığı merkezleri:** Hastalara yönelik ilaçla tedavi, psikoterapi ve acil bakım gibi hizmetler sunan ve toplum içerisinde tedaviyi koordine eden tedavi ortamı.

**Toplum ruh sağlığı tedavisi:** Toplumsal bakımı önemseyen bir tedavi yaklaşımı.

**Transeksüel:** Doğumla edinilen cinsiyetten farklı olduğuna dair güçlü bir hisse sahip bireyler.

**Transvesti bozukluğu:** Cinsel fantaziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösteren, karşı cinsiyete özel kıyafetleri giymekten yineleyici biçimde ve yoğun bir cinsel uyarılma hissetme ile görülen bir parafili bozukluğu.

**Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB):** Bir travmatik olayın üzerinden bir süre geçmesinin ardından korku ve ilişkili belirtilerin görülmesinin sürmesi durumu.

**Trepinasyon:** Belki de anormal davranışı tedavi etmek için kafatasını taştan yapılma bir aletle delme şeklinde gerçekleştirilen antik döneme özgü bir operasyon.

**Trikotilmani:** İnsanların yineleyici biçimde kafalarından, kaşlarından, kirpiklerinden veya bedenin diğer bölgelerinden saçlarını veya kıllarını kopardıkları bir bozukluk. Aynı zamanda saç yolma bozukluğu olarak da anılır.

**Trisiklik:** Molekül yapısı olarak üçlü yüzüksü yapısı olan imipramin gibi bir antidepresan ilaç.

**Trisomi:** Bölünme sırasında kromozomun iki yerine üçe bölünerek yavruda bir tane fazladan kromozom meydana getirmesi.

**Tüple ve intravenöz besleme:** Anoreksiya nervozada yaşamsal bir tehdit söz konusu ise bazı durumlarda kullanılan zorla besleme biçimi.

## U

**Üçüncül önleme:** İhtiyaç duyulduğu anda orta düzey ve ciddi sorunların etkin biçimde tedavi edilmesi için tasarlanan önleme müdahaleleri. Böylece bu

sorunlar uzun süreli/kronik hâle dönüşmez.

**Ülser:** Mide ve duedonum duvarlarında lezyonlar oluşması

**Ulusal Akıl Hastalığı Birliği (National Alliance on Mental Illness-NAMI):** Akıl hastası olan insanlar ve ailelerine destek, eğitim, müdafaa ve bilimsel araştırmalar konusunda imkanlar sunan ulusal çaptaki büyük organizasyon kuruluşu.

**Ulusal ilgi grupları:** Ülke çapında daha iyi toplumsal hizmet almak üzere kurulmuş NAMI gibi grup veya organizasyonlar.

**Uluslararası bozukluk sınıflandırması (ICD):** Dünya Sağlık Örgütünün kullandığı tıbbi ve ruhsal rahatsızlıklara yönelik sınıflandırma sistemi.

**Umutsuzluk:** Bir insanın mevcut durumun, sorunların ve duygudurumun hiç değişmeyeceğine inanma şeklinde gözlenen kötümser inanç.

**Üst endişe:** Endişe etmenin anlamına yönelik genel düşünceler.

**Üstbilişsel kuram:** Yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerin örtük olarak endişelenme ile ilgili hem olumlu hem de olumsuz inançlara sahip olduklarını öne süren kuram.

**Uyaklı çağrışım:** Şizofrenide bazı insanların konuşurken kullandıkları kafiyeli/uyaklı kelimeler tercih etme durumu.

**Uyaran genellemesi:** Bir uyarana verilen tepkilerin benzerlerine de benzer şekilde verilmesi olgusu.

**Uyarıcı ilaç:** Merkezî sinir sisteminin aktivitesini arttıran bir madde.

**Uyarılmış potansiyel:** Bir elektroensefalografi (EEG) yöntemi kullanılarak kaydedilen beyin yanıtı (evoked potential).

**Uygunsuz duygulanım:** Duruma uygun duygular sergilememe, bir şizofreni belirtisi.

**Uyku apne bozukluğu:** Her gece uyku sırasında oksijen alamamaktan ötürü periyodik olarak sıklıkla uyanma şeklinde görülen bir uyku-uyanıklık bozukluğu.

**Uyku bozuklukları:** Uykunun zamanlaması, miktarı ve süresinde bozulmaların olduğu uyku-uyanıklık bozuklukları.

**Uyku terörü bozukluğu:** Kişinin uykunun ilk üç evresinde aniden uyanması ve aşırı korku ve ajitasyon içinde haykırması ile görülen bir uyku bozukluğu.

**Uykuda solunum bozukluğu:** Uykunun sıklıkla soluk alıp verme sorunları sebebiyle sekteye uğradığı ve uyku hali veya uykusuzluğa neden olan bir tür uyku bozukluğu.

**Uykuda yürüme bozukluğu:** İnsanların farkında olmadan ve sonrasında da hatırlamayarak yineleyici bicinde yataklarından kalkıp yürümeleri ile görülen bir uyku bozukluğu.

**Uykusuzluk (Insomni):** Uykuya dalma veya uykuda kalma zorluğu.

**Uykusuzluk bozukluğu:** Haftada en az üç defa tekrarlanan ciddi boyuttaki uykuya dalma veya sürdürme zorluğu şeklinde görülen bir uyku-uyanıklık bozukluğu.

**Uyum Bozukluğu:** Dikkat çekici ölçüdeki stres kaynaklarına tepki olarak yoğun düzeyde depresif duygu durum veya kaygı gibi klinik belirtiler göstermek ile karakterize bir bozukluk.

**Uyuşma:** Aile üyelerinin (sıklıkla ikizlerin her iki üyesinde de) aynı özelliklere sahip olma sıklığına karşılık gelen istatistiksel terim.

**Uzun süreli bakım:** İleri yaştaki ve desteğe ihtiyaç duyan diğer insanlara yönelik kişisel ve tıbbi desteğin uzun süre ile verilmesi durumu. Kontrollü meskenlerden bakım evlerindeki yoğun bakıma kadar geniş bir ranjı kapsayabilir.

**Uzun süreli bellek:** insanların uzun yıllardır biriktirdiği bilgileri içeren bellek sistemi.

**Uzun süreli maruz bırakma:** TSSB belirtilerine yönelik danışanların sadece travmalarıyla ilgili nesnelere veya durumlara değil, aynı zamanda sıkıntı veren travmatik deneyimlere daha fazla maruz kalmalarına dayanan bir maruz bırakma yöntemi.

## V

**Vagus sinir uyarımı:** Kişinin boynuna bir uyarı jeneratörü yerleştirilerek, beyinden aşağıya doğru boyundan geçerek karın bölgesine kadar uzanan uzun bir sinir olan vagus sinirinin uyarılması sağlamayı temel alan bir tedavi prosedürü.

**Vaka çalışması:** Bir kişinin yaşamı ve psikolojik sorunlarının ayrıntılı şekilde incelenmesi yöntemi.

**Vaka yöneticisi:** Şizofreni veya diğer türdeki ciddi psikolojik sorunlardan muzdarip insanlara yönelik psikoterapi, danışmanlık, ilaç yönetimi, yönlendirme ve hasta haklarının korunması gibi bir dizi hizmet sunan toplum terapisti.

**Valium:** Ticari adı diazepam olan bir antianksiyete ilacı.

**Varoluşçu kuram:** İnsanların varoluşlarıyla yüzleşmek ve yaşamı anlamlı kılmak veya özgürlükten kaçmak konularında tam bir seçim özgürlüğüne sahip olduğunu iddia eden kuram.

**Varoluşçu terapi:** Danışanı yaşamları için sorumluluk almaya ve yaşama daha çok değer verip anlam yükleme konusunda cesaretlendiren terapi türü.

**Varoluşsal kaygı:** Varoluşçu kuramcılara göre, bir insanın var oluşunun sorumlulukları ve sınırlarına yönelik evrensel korku ve de bu belirtilerin kendisine oranla daha fazla olumsuz etkilendikleri bir bozukluk türü.

**Vekâleten Munchausen sendromu:** Ebeveynlerin veya bakım verenlerin çocuklarında gerçek olmayan fiziksel hastalık belirtileri varmış gibi yanıltıcı bir durum ortaya çıkarması durumu şeklinde gözlenen yapay bozukluk.

**Ventromedial hipotalamus (VMH):** Aktif olduğunda açlık hissi baskılanan beyin bölgesi.

**Vücut sıvıları:** Antik Yunan'da ve Roma'da fiziksel ve zihinsel işleyişi etkileyen bedendeki kimyasal sıvılar.

## Y

**Yanlış tedavi davası:** Terapistin uygunsuz şekilde tedavi uygulaması veya tedavi sürecinde yanlış kararlar vermesi iddiasıyla açılan davalar.

**Yansıtma:** İnsanların kendilerinde görmekten hoşlanmadıkları özellikleri ve arzular diğer insanlara atfetmeleri şeklinde görülen bir ego savunma mekanizması.

**Yapay bozukluk:** kişinin kasıtlı olarak hasta rolü sergileyerek fiziksel belirtiler gösterdiği veya taklit ettiği bozukluk.

**Yapılandırılmamış görüşme:** Klinisyenin görüşmede gündeme gelen konulara dair spontan biçimde sorular sorması

**Yapılandırılmış görüşme:** Klinisyenin önceden hazırlanmış soruları sorduğu bir görüşem formatı

**Yapıp bozma:** Kişinin bilinçdışı şekilde kabul edilemez bir arzuyu veya eylemi başka bir biçimde gerçekleştirmeye çalışma şeklinde görülen ego savunma mekanizması.

**Yardımcı profesyonel:** Resmi bir mesleki eğitimi olmadan bir ruh sağlığı uzmanı süpervizyonu altında hizmet veren kişi.

**Yardımcı T- hücreleri:** Antijenleri tanıyarak çoğalan ve diğer bağışıklık hücrelerinin salınımını tetikleyen bir grup lenfosit.

**Yarı deneysel desen:** Tam bir deneysel araştırmanın temel özelliklerini barındırmayan ve deneysel ve korelasyonel çalışmaların bileşenleri bir arada barındıran araştırma deseni. Aynı zamanda karma desen olarak da anılır.

**Yarıyol evleri:** Şizofreni veya diğer

ciddi sorunları olan kişiler için genellikle yardımcı profesyonellerin çalıştığı bir konut. Grup evi veya kriz evi olarak da bilinir.

**Yas:** Sevilen birinin kaybına verilen tepki, sevilen birinin ölümü ardından bir kişinin geçirdiği süreç.

**Yaşam değişikliği birimi (YDB/SUD):** En çok stres yaratan yaşam olayını belirlemek üzere kullanılan ölçüm birimi.

**Yataklı tedavi merkezi:** Daha evvel bağımlı olan insanların maddeden uzak bir ortamdan yaşamak, çalışmak ve sosyalleşmek üzere bulundukları yer.

**Yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar:** Düşük dozlarda, insanlar üzerinde sakinleştirici veya yatıştırıcı etkisi olan, ancak daha yüksek dozlarda, uyku getirici veya hipnotik olan ilaçlar grubu.

**Yatkınlık:** Bazı belirti ve bozuklukları geliştirmeye yönelik doğuştan veya sonradan ednilmiş biçimde eğilimli olma durumu.

**Yatkınlık-stres modeli:** Bir kişide öncelikle belirli bir bozukluğa yatkınlığının olması gerektiğini ve bunun ardından anlık ve yoğun bir psikolojik strese maruz kalması ile psikolojik bir rahatsızlık yaşayacağını ileri süren görüş.

**Yaygın amnezi:** bellek kaybının üzüntü verici olayın yaşandığı dönemden çok daha önceki zamanlarda yaşanmış olaylara kadar uzaması durumu.

**Yaygın kaygı bozukluğu:** Genel ve sürekli olarak pek çok olay/duruma dair endişe ve kaygı duyguları yaşama ile görülen bozukluk.

**Yeni dalga bilişsel davranışçı terapiler:** Kabul ve adanmışlık terapisini (KAT) de içeren ve danışanın problematik düşüncelerini yargılamak, ona göre davranmak veya çaresizce onları değiştirmeye çabalamak yerine, onları önce olduğu gibi kabul etmeye yardımcı olan yeni grup müdahale yaklaşımları.

**Yeniden yaklaşma hareketi:** Tüm etkili terapistlerin kullandığı ortak stratejileri belirleme girişimi.

**Yer değiştirme:** İdin kabul edilemeyen dürtüsel isteklerini daha güvenli ve kabul edilebilir şekle büründürmeyi hedefleyen bir ego savunma mekanizması.

**Yerinde duyarsızlaştırma:** Hayalde canlandırma yerine gerçek nesne ve durumların kullanıldığı duyarsızlaştırma yöntemi.

**Yıkıcı duygudurum düzenleme bozukluğu:** Kalıcı depresif belirtiler ile tekrarlayan şiddetli öfke patlamalarının bileşimiyle tanımlanan bir bozukluk.

**Yoksunluk:** Düzenli olarak ilaç kullanan insanların almayı bırakması veya ilaç dozunu azaltması durumunda nahoş ve istenmeyen ve bazen de tehlikeli tepkilerin ortaya çıkması durumu.

**Yönlendirilmiş mastürbasyon eğitimi** Uyarılma veya orgazm sorunları olan kadınlara etkili bir şekilde mastürbasyon yapmayı ve sonunda cinsel etkileşimler sırasında orgazma ulaşmayı öğreten bir cinsel terapi yaklaşımı.

**Yordayıcı geçerlik:** Bir test veya diğer türdeki ölçüm araçlarının gelecekteki bazı özellik ve davranışları öngörebilme düzeyi.

**Yüksek hissetme:** Belirli türdeki madde alımlarında ortaya çıkan gevşeklik ve öfori gibi olumlu hisler.

**Zehirlenme:** Bir maddenin kullanımı esnasında veya hemen sonra konuşmada geveleme veya duygdurum değişimi gibi İstenmeyen davranış ve psikolojik değişim sınıfı.

**Zekâ katsayısı:** Kuramsal olarak bir kişinin genel entelektüel kapasitesini gösterdiği varsayılan ve zeka testlerinden elde edilmiş toplam puan zeka testi puanı.

**Zekâ testi:** Bir kişinin zihinsel yeteneklerini ölçmek için tasarlanmış bir test.

**Zevk hâli:** Eroin gibi belirli maddelerin kullanımı sırasında ortaya çıkan telaş ve coşku hissi.

**Zevk prensibi:** İd işleyişinin tipik yolu olarak hazzı izleme ilkesi.

**Zihin kuramı:** Bir kişinin, diğer insanların davranışlarını kendi bakış açısında göre değil onların inançları, kasıtları ve zihinsel durumlarını düşünerek değerlendirmesiyle ilgili farkındalığı.

**Zihin-beden düalizmi:** 17. yüzyılda Fransız filozof René Descartes ait, zihnin veya ruhun bedenden tamamen ayrı olduğu iddiası.

**Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı (ZBTSE):** Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen zihinsel rahatsızlıklara ilişkin sınıflandırma sistemi.

**Zihinsel yetersizlik:** Sanığın duruma ilişkin mevcut yasal koşulları ve işlemleri tam olarak anlamasına engel olan ve savcılığa karşı yeterli savunma yapamadığı zihinsel sınırlılık.

**Zihinselleştirme:** İnsanların kendi ve diğer insanların zihinsel durumlarını anlama, yani ihtiyaçları, arzuları, duyguları, inançları ve hedefleri tanıma kapasitesi.

# Kaynakça


**A A World Services.** (2017, April). Estimated worldwide A.A. individual and group membership (SM F-132). A.A. Retrieved from http://www.aa.org/assets.

**AA World Services.** (2018, April). Estimated worldwide A.A. individual and group membership (SMF-132). A.A. Retrieved from http://www.aa.org/assets.

**AAC (American Addiction Centers).** (2018). *Dangers of snorting, smoking, or injecting cocaine.* Brentwood, TN: AAC.

**AAFPRS (American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery).** (2017, January 26). AAFPRS Annual Survey unveils rising trends in facial plastic surgery. Retrieved from http://www.aafprs.org/media/stats_polls/m_stats.html.

**AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities).** (2018). Definition of intellectual disability. *AAIDD.* Retrieved from http://www.aaidd.org.

**Aalami, M., Jafarnejad, F., & Modarres Gharavi, M.** (2016). The effects of progressive muscular relaxation and breathing control technique on blood pressure during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 21*(3), 331-336.

**AAMFT (American Association of Marriage and Family Therapy).** (2018). *Rape trauma.* Alexandria, VA: AAMFT

**Aamodt, M. G.** (2014, September 6). *Serial killer statistics.* Retrieved from Aamodt website: http://maamodt.asp.radford.edu/serial_killer_information_center/project_description.htm.

**Aamodt, M. G.** (2016, September 4). *Serial killer statistics.* Retrieved from http://maamodt.asp.radford.edu/serial_killer_information_center/project description.htm.

**Aaronson, S. T., Sears, P., Ruvunaq, F., Bunker, M., Conway, C. R., Dougherty, D. D., ... Zajecka, J. M.** (2017). A 5-year observational study of patients with treatment-resistant depression treated with vagus nerve stimulation or treatment as usual: Comparison of response, remission, and suicidality. *American Journal of Psychiatry, 174,* 640–648.

**ABA (American Bar Association).** (2017). *Court cases by diminished capacity/guilt.* Washington, DC: ABA (Center on Children and the Law).

**ABA (American Bar Association).** (2018). *Rule 1.14: Client with diminished capacity.* Chicago, IL: ABA.

**Abbey, A.** (2002). Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol, 14,* 118–128.

**Abbey, S. E.** (2005). Somatization and somatoform disorders. In J. L. Levenson (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine* (s. 271-296). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

**Abdel-Hamid, I. A., & Ali, O. I.** (2018). Delayed ejaculation: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *World Journal of Men's Health, 36*(1), 22-40.

**Abe, K.** (2017). What is a serial killer? What is a mass murderer? How do they differ? *European Journal of Academic Essays, 4*(4), 187–198.

**Abel, G. G., Jordan, A., Hand, C. G., Holland, L. A., & Phipps, A.** (2001). Classification models of child molesters utilizing the Abel Assessment for child sexual abuse interest. *Child Abuse and Neglect, 25*(5), 703-718.

**Abma, J. C., & Martinez, G. M.** (2017, June 22). Sexual activity and contraceptive use among teenagers in the United States, 2011-2015. Atlanta, GA: CDC, National Health Statistics Report, No. 104.

**Abraham, K.** (1911). Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In *Selected papers on psychoanalysis* (s. 137-156). New York: Basic Books. [Work republished 1960.]

**Abraham, K.** (1916). The first pregenital stage of the libido. In *Selected papers on psychoanalysis* (s. 248-279). New York: Basic Books. [Work republished 1960.]

**Abraham, K. M., Yosef, M., Resnick, S. G., & Zivin, K.** (2017). Competitive employment outcomes among veterans in VHA therapeutic and supported employment services programs. *Psychiatry Services, 68*(9), 938-946.

**Abramowitz, J.** (2017, October 23). Psychotherapy for obsessive-compulsive disorders in adults. *UpToDate.* Retrieved from http://www.uptodate.com.

**Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E.** (2011). *Hypochondriasis and health anxiety. Advances in psychotherapy—Evidence-based practice.* Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.

**Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haeffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E.** (2002). Cognitive vulnerability—Stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (s. 268-294). New York: Guilford Press.

**Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B.** (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358-372.

**Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D.** (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.

**Abulizi, X., Pryor, L., Michel, G., Melchior, M., van der Waerden, J., & EDEN Mother–Child Cohort Study Group.** (2017). Temperament in infancy and behavioral and emotional problems at age 5.5: The EDEN mother-child cohort. *PLoS ONE, 12*(2), e0171971.

**à Campo, J. M. L. G., & Nijman, H.** (2016). Gender dysphoria and psychiatric symptoms. *Journal of Nervous & Mental Disease, 204*(7), 558.

**Achalia, R. M., Chaturvedi, S. K., Desai, G., Rao, G. N., & Prakash, O.** (2014). Prevalence and risk factors associated with tardive dyskinesia among Indian patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry, 9,* 31-35.

**Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., ... Foa, E. B.** (2017). A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy, 89,* 57-65.

**Ackerman, C.** (2017, January 18). 22 mindfulness exercises, techniques & activities for adults (+PDF's). *Positive Psychology Program.* Retrieved from https://positivepsychologyprogram.com.

**Ackland, G. L., Whittle, J., Toner, A., Machhada, A., Del Arroyo, A. G., Sciuso, A., ... Gourine, A. V.** (2016). Molecular mechanisms linking autonomic dysfunction and impaired cardiac contractility in critical illness. *Critical Care Medicine, 44*(8), e614-e624.

**ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists).** (2016). *Committee opinion: Concerns regarding social media and health issues in adolescents and young adults* (No. 653). Washington, DC: ACOG.

**ADAA (Anxiety and Depression Association of America).** (2017). *About ADA: Facts & statistics.* Silver Springs, MD: ADAA.

**Adam, K. S., Bouckoms, A., & Streiner, D.** (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Archives of General Psychiatry, 39*(9), 1081-1085.

**Adamowicz, M. W. (2016).** Psychological Testing. *Mentalhelp.net*

**Adams, C. E., Awad, G. A., Rathbone, J., Thornley, B., & Soares-Weiser, K.** (2014). Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD000284.

**Adams, J. G.** (2013). Sexual assault (Chap. 128). In J. G. Adams (Ed.), *Emergency medicine: Clinical essentials* (2nd ed.). Elsevier Health Services. [Kindle edition]

**Adams, R. E., & Boscarino, J. A.** (2005). Stress and well-being in the aftermath of the World Trade Center attack: The continuing effects of a communitywide disaster. *Journal of Community Psychology, 33*(2), 175-190.

**Adams, S. M., Rice, M. J., Jones, S. L., Herzog, E., Mackenzie, L. J., & Oleck, L. G.** (2018, March 1). Telemental health standards: Standards, reimbursement, and interstate practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* [Epub ahead of print]

**Addington, J., Heinssen, R. K., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P., Brunette, M. F., ... Kane, J. M.** (2015). Duration of untreated psychosis in community treatment settings in the United States. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), *66*(7), 753-756.

**ADDitude.** (2017). ADHD, by the numbers. *ADDitude Magazine.*

**Adebäck, P., Schulman, A., & Nilsson, D.** (2018). Children exposed to a natural disaster: Psychological consequences eight years after 2004 tsunami. *Nordic Journal of Psychiatry, 72*(1), 75-81.

**Adi, A., & Mathbout, M.** (2018, April). The duty to protect: Four decades after Tarasoff. *Psychiatry Online* (American Psychiatric Association). Retrieved from https://ajp.psychiatryonline.org.

**AFA (Alzheimer's Foundation of America).** (2014). *About dementia.* New York: AFA.

**Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J.** (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 186*(9), E324-E332.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2014). Facts and figures for 2010: Suicide deaths. Retrieved from https://www.afsp.org/understanding-suicide/facts-and-figures.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2014). Facts and figures for 2011: Suicide deaths. Retrieved from https://www.afsp.org/understanding-suicide/facts-and-figures.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2017). *Suicide statistics.* Retrieved from https://www.afsp.org/about-suicide /suicide-statistics/.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2018). *Suicide prevention in schools.* New York: AFSP.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2018). *Suicide statistics.* Retrieved from https://www.afsp.org/about-suicide /suicide-statistics/.

**AFSP (American Foundation for Suicide Prevention).** (2018). *Suicide statistics.* New York: AFSP.

**Aggarwal, N. K.** (2017). Culture, communication, and DSM-5 diagnostic reliability. *Journal of the National Medical Association, 109*(3), 150–152.

**Agha, M., Nisar, A., Liaqat, H., Choudry, U. K., Choudry, A. K., & Shoaib, M.** (2017). Neurophysiological perspectives of borderline personality disorders. *Acta Psychopathologica, 3*(3), 21.

**Aghajani, M., Klapwijk, E. T., van der Wee, N. J., Veer, I. M., Rombouts, S. A. R. B., Boon, A. E., ... Colins, O. F.** (2017). Disorganized amygdala networks in conduct-disordered juvenile offenders with callous-unemotional traits. *Biological Psychiatry, 82*(4), 283-293.

**Agras, S.** (1985). *Panic: Facing fears, phobias, and anxiety.* New York: W. H. Freeman.

**Agras, W. S., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E.** (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 88*, 26-36.

**Agrawal, A., Tillman, R., Grucza, R. A., Nelson, E. C., McCutcheon, V. V., Few, L., . . . Bucholz, K. K.** (2017). Reciprocal relationships between substance use and disorders and suicidal ideation and suicide attempts in the Collaborative Study of the Genetics of Alcoholism. *Journal of Affective Disorders, 213*, 96-104.

**Agronin, M.** (2017, October 24). Sexual dysfunction in older adults. *UpToDate.* Retrieved from http://www.uptodate.com.

**Aguilera, A., Bruehlman-Senecal, E., Demasi, O., & Avila, P.** (2017). Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: A clinical trial. *Journal of Medical Internet Research, 19*(5), e148.

**Aguilera, A., Garza, M. J., & Muñoz, R. F.** (2010). Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: Culture-sensitive manualized treatment in practice. *Journal of Clinical Psychology, 66*(8), 857-867.

**Ahmadi, K.** (2016). What is a self-help group? *Psych Central.* Retrieved from https://psychcentral.com/lib.

**Aiken, L. R.** (1985). *Psychological testing and assessment* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

**Aikin, K. J., Sullivan, H. W., Dolina, S., Lynch, M., & Squiers, L. B.** (2017). Direct-to-consumer promotion of prescription drugs on mobile devices: Content analysis. *Journal of Medical Internet Research, 19*(7), e225.

**AIS (American Institute of Stress).** (2017). *Transforming stress through awareness, education and collaboration.* Fort Worth, TX: AIS.

**Akhtar, S., Wig, N. H., Verma, V. K., Pershod, D., & Verma, S. K.** (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry, 127*, 342-348.

**Akin, O., Yesilkaya, E., Sari, E., Akar, C., Basbozkurt, G., Macit, E., . . . Gül, H.** (2016). A rare reason of hyperinsulinism: Munchausen syndrome by proxy. *Hormone Research in Paediatrics, 86*(6), 416-419.

**Akins, C. K.** (2004). The role of Pavlovian conditioning in sexual behavior: A comparative analysis of human and nonhuman animals. *International Journal of Comparative Psychology, 17*(2–3), 241-262.

**Albano, A. M., Comer, J. S., Compton, S. N., Piacentini, J., Kendall, P. C., Birmaher, B., . . . Sherrill, J. T.** (2018). Secondary outcomes from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): Implications for clinical practice. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 3*(1), 30-41.

**Alderson-Day, B., & Jones, N.** (2018). Understanding AVATAR therapy: Who, or what, is changing? *Lancet Psychiatry, 5*(1), 2-3.

**Alegría, M., Alvarez, K. Ishikawa, R. Z., DiMarzio, K., & McPeck, S.** (2016). Removing obstacles to eliminating racial and ethnic disparities in behavioral health care. *Health Affairs, 35*(6), 991-999.

**Alegría, M., Nakash, O., & NeMoyer, A.** (2018). Increasing equity in access to mental health care: A critical first step in improving service quality. *World Psychiatry, 17*(1), 43-44.

**Alegría, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E., & Stelk, W.** (2010). One size does not fit all: Taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Service Research, 37*(1-2), 48-60.

**Alegría, M., Fortuna, L. R., Lin, J. Y., Norris, F. H., Gao, S., Takeuchi, D. T., . . . Valentine, A.** (2013). Prevalence, risk, and correlates of posttraumatic stress disorder across ethnic and racial minority groups in the United States. *Medical Care, 51*(12), 1114-1123.

**Alegría, M., Molina, K. M., & Chen, C.** (2014). Neighborhood characteristics and differential risk for depressive and anxiety disorders across racial/ethnic groups in the United States. *Depression and Anxiety, 31*(1), 27–37.

**Alexander, J. R., Houghton, D. C., Twohig, M. P., Franklin, M. E., Saunders, S. M., Neal-Barnett, A. M., ... Woods, D. W.** (2017). Clarifying the relationship between trichotillomania and anxiety. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 13*, 30-34.

**Ålgars, M., Santtila, P., Jern, P., Johansson, A., Westerlund, M., & Sandnabba, N. K.** (2011). Sexual body image and its correlates: A population-based study of Finnish women and men. *International Journal of Sexual Health, 23*(1), 26-34.

**Ali, M. M., Dwyer, D. S., & Rizzo, J. A.** (2011). The social contagion effect of suicidal behavior in adolescents: Does it really exist? *Journal of Mental Health Policy and Economics, 14*(1), 3-12.

**Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., Faggiano, F.** (2014). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* Retrieved from http://bmjopen.bmj.com.

**Allderidge, P.** (1979). Hospitals, madhouses and asylums: Cycles in the care of the insane. *British Journal of Psychiatry, 134*, 321-334.

**Allen, A. P., Curran, E. A., Duggan, A., Cryan, J. F., Chorcoráin, A. N., Dinan, T. G., . . . Clarke, G.** (2017). A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 73*, 123-164.

**Allen, D. F.** (Ed.). (1985). *The cocaine crisis.* Plenum Press: New York.

**Allen, M. T., Jameson, M. M., & Myers, C. E.** (2017). Beyond behavioral inhibition: A computer avatar task designed to assess behavioral inhibition extends to harm avoidance. *Frontiers in Pharmacology, 8*, 1560.

**Allison, S., Bastiampillai, T., & Fuller, D. A.** (2017). Mass incarceration and severe mental illness in the USA. *The Lancet, 390*(1009), 25.

**Allison, S., Bastiampillai, T., Licinio, J., Fuller, D. A., Bidargaddi, N., & Sharfstein, S. S.** (2018). When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Molecular Psychiatry, 23*(4), 796-800.

**Alloway, T. P.** (2014, May 11). Selfies, Facebook, and narcissism: What's the link? *Psychology Today.*

**Alloway, T. P., Runac, R., Qureshi, M., & Kemp, G.** (2014). Is Facebook linked to selfishness? Investigating the relationships among social media use, empathy, and narcissism. *Social Networking, 3*(3), 150-158.

**Alridge, J.** (2012, May 17). How many people commit suicide due to depression? *Examiner.com.*

**Al-Shaqi, R., Mourshed, M., & Rezgui, Y.** (2016). Progress in ambient assisted systems for independent living by the elderly. *Springerplus, 5*, 624.

**Althof, S. E., & Needle, R. B.** (2017). Treating low sexual desire in men. In Z. D. Peterson, *The Wiley-Blackwell handbook of sex therapy* (Chap. 3, s. 32-39). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

**Althof, S. E.** (2007). Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In S. R. Leiblum, *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 212–240). New York: Guilford Press.

Kaynakçanın devamı için
**https://www.nobelyayin.com/anormal-psikolojinin-temelleri-fundamentals-of-abnormal-psychology-18550.html**
linkten ulaşabilirsiniz.

# İsim Dizini


AA World Services, 320, 323
AAC (American Addiction Centers), 304
AAFPRS (American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery), 134
AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities), 449, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467
AAMFT (American Association of Marriage and Family Therapy), 150
Aamodt, M. G., 511
AAP Committee on Adolescence, 227
Aaronson, S. T., 186
ABA (American Bar Association), 500
Abbey, S. W., 243, 297
Abdel-Hamid, I. A., 338
Abe, K., 408
Abma, J. C., 333
Abraham, K., 187, 221
Abraham, K. M., 391
Abramowitz, J., 131, 133
Abramowitz, J. S., 248
Abramson, L. Y., 192
Abulizi, X., 136
à Campo, J. M. L. G., 358
Achalia, R. M., 386
Acierno, R., 154
Ackland, G. L., 253
ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), 20
ADAA (Anxiety and Depression Association of America), 475
Adam, K. S., 222
Adams, C. E., 372
Adams, R. E., 146
Adams, S. M., 517
ADDitude, 450
Adebäck, P., 28
Adele, 120, 121
Adi, A., 513
Afifi, T. O., 442
AFSP (American Foundation for Suicide Prevention), 67, 212, 215, 217, 220, 225, 227, 228, 230
Aggarwal, N. K., 91
Agha, M., 412
Aghajani, M., 409
Agras, S., 119, 289
Agras, W. S., 287
Agrawal, A., 219
Agronin, M., 334
Aguilera, A., 199
Ahmadi, K., 63
Aiken, L. R., 79
AIS (American Institute of Stress), 515
Akhtar, S., 129
Akin, O., 240
Akins, C. K., 355
Albano, A. M., 440
Al-Bedah, A. M., 182
Alderson-Day, B., 63
Alegría, M., 16, 66, 67
Alexander, J. R., 134
Alexander, M., 487, 489, 490
Ålgars, M., 341
Ali, M. M., 220
Ali, O. I., 338
Allan, C., 381
Allan, S., 276
Allara, E., 325
Allderidge, P., 9
Allen, A. P., 63, 256
Allen, D. F., 304
Allen, M. T., 63
Allen, T. A., 413
Allison, S., 15, 390, 393, 507
Alloway, T. P., 419
Aloe, A. M., 325
Alridge, J., 175
Al-Shaqi, R., 477
Althof, S. E., 337, 343, 345
Altinay, M., 207
Altszyler, E., 46
Alvarado, C., 454
Alzheimer, A., 481
Alzheimer's Association, 481, 483, 484, 489, 490, 492
AMA (American Medical Association), 41
Amad, A., 412
Amadeo, K., 14, 15
Amichai-Hamburger, Y., 419
Amico, C., 302
Amirkhan, J. H., 256
Amore, M., 411
Amsel, T. T., 82
an der Heiden, W., 370, 382
ANAD (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders), 274, 290
Ancoli-Israel, S., 483
Anderson, A. P. A., 240, 398, 428, 432
Anderson, G., 180
Andrade, C., 98
Andrews, B., 159
Andrews, G., 231
Andrews, J., 9
Andrews, V., 379
Anestis, M. D., 216
Angier, N., 425
Angold, A., 438
Anheyer, D., 260
Anson, P., 243
Antal, H., 87
Antfolk, J., 332
Antony, M. M., 50, 98
Anupama, M., 349, 351
APA (American Psychological Association), 16, 19, 20, 58, 66, 67, 89, 90, 91, 92, 93, 102, 104, 113, 115, 120, 123, 124, 128, 133, 134, 142, 143, 149, 159, 162, 173, 176, 177, 179, 239, 241, 242, 243, 248, 249, 252, 266, 267, 269, 271, 272, 294, 298, 304, 305, 318, 325, 326, 330, 331, 332, 334, 337, 340, 347, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 356, 364, 365, 366, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 410, 411, 415, 416, 417, 420, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 430, 439, 443, 444, 448, 449, 450, 451, 454, 455, 461, 463, 472, 473, 474, 475, 476, 478, 479, 480, 481, 482, 486, 502, 509, 512, 514, 515
Apter, A., 227
Arand, D. L., 250, 260
Archer, D., 122, 347
Arfanakis, K., 489
Arie, S., 10
Arieti, S., 187–188, 363–364
Aring, C. D., 9
Aristotle, 8, 349, 388
Arnold, T. C., 306
Aronson, M. D., 319, 323
Arosio, B., 473
Arseneault, L., 438
ASA (American Sleep Association), 250, 252
Asarnow, J. R., 231
ASCA (American School Counselor Association), 441
Ascoli, M., 427
Ash, M., 144
Ashford, M. T., 179
Ashraf, N., 240
Ashton, K., 513
Asimov, I., 406
ASPS (American Society of Plastic Surgeons), 135, 358
Assari, S., 198
Asselmann, E., 126
Astair, F., 198
Atkinson, S., 23
Attia, F., 267–268, 270, 272, 276, 278, 285, 286, 441
Augustyn, M., 449, 454, 455
Austen, I., 312
Austin, J., 403
Autism Speaks, 455, 457
Avasthi, A., 479
Avenevoli, S., 440
Avery-Clark, C., 341, 343
Avraham, Y., 180
Ayd, F. J., Jr., 178
Ayers, N., 14
Ayhan, G., 218
Ayllon, T., 382
Ayoub, C. C., 239
Azevedo, J. C., 407

BAAM (British Association of Anger Management), 411
Bachhuber, M. A., 299
Bachmann, C. J., 453
Bademli, K., 389
Badoud, 413
Badr, L. K., 179
Bae, H., 182
Bagayogo, I. P., 247
Bagby, E., 115
Bagdan, R., 460
Bagot, R. C., 200
Bailey, L., 514
Bajwa, Z. H., 251
Bakalar, N., 10
Bakker, M. J., 446, 447
Balassone, M., 393
Baldwin, D., 102, 104, 108, 109
Bales, D. L., 391

Balia, C., 447
Balmer, A., 83
Bancroft, J., 338
Bandelow, B., 109, 113, 115, 120, 121, 124
Bandura, A., 49, 116–117, 118
Baran, M., 83
Barbieri, R. I., 340
Bareggi, S. R., 132
Bari, A. A., 42
Barker, E. D., 69
Barkoulias, 426
Barkus, E., 367
Barlow, M. R., 165
Barnes, A., 376
Barnes, C. A., 160
Barnes, M., 216
Barnes, N., 54
Barnes, S. M., 234
Barnett, J. E., 58
Baron-Cohen, S., 413
Barrera, T. L., 124
Barsky, A. J., 248
Bartholemew, R., 245
Bartlett, S. C., 11
Bartol, A. M., 500
Bartol, C. R., 500, 502
Bartoli, F., 218
Bartrop, R., 256
Bartz, J., 426, 427
Basile, J., 251
Baskin, L. S., 448
Basoglu, M., 144
Bass, C., 240
Bassir Nia, A., 412
Basso, J. C., 260
Basson, R., 343
Bastard, O. D., 319
Bateman, A. W., 413, 414
Baten, V., 479
Bates, C. K., 145
Battin, M. P., 229
Baucom, D. H., 65
Bauer, C. M., 485
Baum, A., 255
Baune, B. T., 176
Baykal, S., 451
Baylinson, G., 460
Beasley, L. O., 442
Beatty Moody, D. L., 254
Beblo, T., 176
Bechtel, K., 442
Beck, A. T., 50, 51, 91, 108, 189, 191, 193–194, 401, 402, 417, 420, 422, 424, 426, 427
Beck, C. B., 290
Becker, P. M., 261
Becker, W. C., 302
Beckman, K., 219
Beeney, J. E., 413
Beidel, D. C., 123
Beier, E. G., 197
Bekker, J., 146
Belendiuk, K. A., 320
Beletsky, L., 302
Bell, A. G., 5
Bell, K., 288
Bellows, G., 11
Belushi, J., 313
Bemporad, J. R., 187
Bender, D., 402, 409, 513
Ben-Ezra, M., 146
Ben-Natan, M., 442
Bennett, M. P., 260
Bennett, S., 438
Benoit, C., 224
Bergeman, C. S., 140
Bergink, V., 372
Bergman, H., 386
Bergner, R. M., 2
Berk, S. N., 132
Berkowitz, D., 499, 511
Berman, A. L., 217, 226
Berman, E., 48
Berman, P., 35–36, 37, 38, 40
Bernard, M., 207
Bernecker, S. L., 422
Bernheim, H.-M, 13, 244
Bernier, R., 457
Bernstein, L., 401
Berry, M. D., 346
Berry, P. D., 346
Bertozzi, S., 340
Best, D., 323
Best, L. A., 279
Beutler, L. E., 68, 95, 97, 98
Bever, L., 216
Beyoncé, 174
Bhatia, T., 371
Bhattacharya, R., 81
Bianchi, K., 499
Bierer, L. M., 149
Bigdeli, T. B., 205
Biles, S., 452
Billard, T. J., 358
Bills, C. B., 222
Bina, R., 179
Binet, A., 85
Binswanger, I., 393
Birchwood, M., 380
Birnbaum, R. J., 181, 183, 184, 331, 335, 338, 339
Bivalacqua, T. J., 332
BJS (Bureau of Justice Statistics), 145, 198, 218
Black, D. W., 406, 407, 409, 410
Black, M. C., 145
Black, S. R., 441
Black Youth Project, 254
Blackbird, L., 484
Blagov, P. S., 417
Blair, J., 409
Blanchard, J. J., 74
Blashfield, R. K., 91, 93
Blaxton, J. M., 140
Blazer, D. G., 479
Blennow, K., 486
Bliss, E. L., 166
Bloch, M. H., 385, 386
Bloch, M. J., 251
Block, J., 19
Bloom, B. L., 382
BLS (Bureau of Labor Statistics), 19, 250, 254
Blum, K., 316, 317
Bobbitt, L., 499
Bober, S. L., 347
Bock, C., 417
Boepple, L., 277
Boeve, B., 473
Bohnert, K. M., 219
Boissoneault, I., 245
Bole, C. B., 364
Boleyn, A., 271
Bolgar, 22
Bolten, N., 230
Bond, B., 63
Bonin, L., 217, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 441
Bonn, S., 408
Bonnet, N. H., 250
Bonnet, S., 4, 505
Bonsack, C., 392
Boos, S. C., 442
Borden, K. A., 81
Borge, F., 424
Borkovec, T., 109
Bornstein, R. F., 79, 424
Boscarino, J. A., 146
Both, S., 343, 344
Bott, E., 249
Bouchard, S., 155
Boucher, M., 211
Bouck, E., 467
Bouck, E. C., 466
Boudewyn, M. A., 366
Bouman, T. K., 134
Bouras, N., 467
Bourin, M., 125
Bourne, A., 160
Boutros, A., 503
Bovasso, G. B., 188
Bowden, S. C., 85
Bower, E. S., 476
Bower, G. H., 165
Bowers, A., 18, 516
Bowler, R. M., 176
Bowman, E. S., 163
Bowring, D. L., 467
Boyer, E. W., 306
Boysen, G. A., 163
Brabender, V. M., 78
Bradford, A., 338, 339, 343, 346
Bradley, S. J., 357
Bradshaw, T., 189
Brady, J. E., 311
Braga, R. J., 369
Braham, M. Y., 240
Brakoulias, V., 426
Bram, A. D., 85
Brand, B. L., 168
Branley, D. B., 277
Bratek, A., 467
Bratskeir, K., 17
Braun, D. L., 282
Braverman, D. W., 229
Braxton, L. E., 81
Bremner, J. D., 111, 150, 152, 158
Brenner, I., 166, 167, 168
Breslau, J., 441
Bressert, S., 167, 178, 203, 314, 349, 403, 404, 410, 416, 421, 422, 423, 424, 425, 427
Breuer, J., 13, 244
Breuner, C. C., 261, 262
Brewin, C. R., 159
Brewis, A., 279
Bridgemohan, C., 458, 459
Bridler, R., 415
Briggs, S., 227
Britt, R. R., 114
Brodeur, M., 273
Bronskill, S. E., 478
Brooks, A. C., 17
Brooks, F., 258

Brooks, G. R., 262
Brosch, J. R., 488
Brouwer, M. E., 191
Brown, A., 243
Brown, C. A., 389
Brown, E. M., 10, 350, 497, 498
Brown, G. K., 228
Brown, G. R., 41, 62, 348, 351, 353
Brown, G. W., 196
Brown, L., 144, 153
Brown, N. W., 196
Brown, R. C., 214
Brownley, K. A., 274
Bruch, H., 267, 275, 276
Brühl, A. B., 123
Brunet, K., 380
Bryan, B., 39
Bryan, M., 39
Bryant, R., 142
Bryman, A., 29
Bryner, J., 197
BSA (Boy Scouts of America), 437
BSA (Bullying Statistics in America), 437
Buchanan, R. W., 364, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 374
Buchman-Schmitt, J. M., 217
Buckley, L., 312
Buckner, J. D., 223
Bucsek, M. J., 257
Buehler, S., 347
Bukalo, O., 112
Bukstein, O., 451, 503
Bulik, B. S., 41
Bulik, C. M., 277
Bundy, T., 511
Burack, J. A., 462
Burch, A. D. S., 216
Burch, R., 251
Burg, M. M., 262
Burke, K., 262
Burke, S. M., 190
Burke, T. A., 215, 357
Burns, T., 390, 392, 393
Burnsed, B., 298
Burrell, L. V., 222
Bursch, B., 238, 239, 240
Burt, K. B., 69
Burtaverde, V., 429
Busch, A. M., 130, 188, 322
Bushman, B. J., 412
Bustillo, J., 381, 387, 389, 390, 391
Buzzell, G. A., 136, 438
Byers, A. L., 153
Byrd, A. L., 445
Byrne, K. A., 316
Bystritsky, A., 110, 112

Cable, A., 348
Cabrera, F. J. P., 407
Cachelin, F. M., 281
Cacioppo, C. N., 261
Cacioppo, J., 87
Caetano, R., 323
Cagle, J., 205
Calarco, M., 49
Caldwell, C., 302
Calhoun, B. H., 314
Caligor, E., 398, 417, 418, 419, 420, 422, 424, 425, 427
Call, N. A., 449
Callahan, L. A., 498
Caltabiano, N., 476
Calzada, E., 247
Cameron, E. E., 200, 479
Campbell, D., 222
Campbell, E. C., 391
Campbell, K., 41
Campos, R. C., 220
Camus, A., 423
Canat, L., 337
Canetta, S., 374
Canner, J. K., 358
Cao, H., 195
Capobianco, L., 108
Cara, A., 233
Cardi, V., 275, 276
CareerBuilder, 76
Carey, B., 163, 408
Carey, M., 205
Caro, I., 286
Carpenter, A. C., 509
Carpenter, A. L., 20
Carpenter, C., 339, 346
Carr, S. N., 422
Carrey, J., 174
Carroll, R. A., 357
Carroll, T. D., 150
Caruso, R. J., 185
Cash, D. K., 510
Cash, T. F., 281
Catanesi, 150
Cawley, R., 217
CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 66, 114, 212, 213, 214, 216, 217, 225, 226, 228, 230, 250, 251, 252, 254, 280, 297, 298, 299, 301, 302, 305, 333, 437, 438, 448, 449, 463, 465, 475, 483, 492
CDPS (Colorado Department of Public Safety), 83
Cerdá, M., 103
Cerniglia, L., 280
Cervesi, C., 443
Chadwick, P. K., 402
Chamberlain, S. R., 133, 134, 407
Chambers, J., 69
Chambless, D. L., 95
Chan, A. T., 189, 193
Chan, C. C., 404
Chan, F. K. L., 250
Chan, K. K. S., 96
Chandra, A., 333
Chang, G., 299
Chang, J. S., 176, 297, 306
Chapman, A. L., 193
Chapman, B. P., 430
Chapman, M. D., 499
Chaput, J-P., 10
Charney, A. W., 125, 205
Charney, D. S., 111, 152
Chassin, L., 318
Chaudhuri, S., 305
Chavira, D. A., 428
Che, X. Q., 487
Chefetz, R. A., 168
Chen, H., 102, 175
Chen, P., 475
Chen, X., 373
Cheong, E. V., 188
Cherry, K., 47, 425, 432
Chesnes, M., 41
Cheung, G., 219
Chhabra, K. H., 278, 279
Chi, S., 482
Chiappetta, L., 219, 411
Cho, S.-H, 404
Cho, Y., 227
Choca, J. P., 78
Chock, T. M., 273
Choi, K. W., 219, 325
Choi, Y. S., 127
Chomet, N., 288
Chou, T., 128, 142, 153
Chowdhary, N., 199
Christensen, A., 65, 419
Christensen, B. S., 340
Christian, C., 442
Christoforakos, L., 419
Chu, C. S., 200, 207
Chu, J., 67, 199
Chudal, R., 205
Churchill, W., 192
Cicchetti, D., 68, 135, 136, 151, 152
Ciechanowski, P., 174, 183, 184
Ciliberti, M. G., 257
Cipolletta, S., 360
Cipriano, A., 214
Ciraulo, D. A., 181
Cirelli, C., 252
CISCRP (Center for Information and Study on Clinical Research Participation), 32
Clark, D. A., 108, 109
Clark, J. C., 320
Clarkin, J. F., 414, 424, 433
Clausen, L., 284
Claussen, A. H., 446
Cleckley, H. M., 21, 162
Clinton, B., 30
Coates, T. D., 386
Cobain, K., 212, 220, 221, 313
Coffey, M. J., 369
Coffin, P., 301
Cohen, K. M., 347
Cohen, N., 78
Cohn, L., 269, 271
Coker, T. R., 453
Colburn, D., 220
Cole, M., 319
Coleman, K. J., 376, 377
Coleman, L., 500–501
Colen, C. G., 254
Colletti, G., 167
Colli, A., 402, 404, 414, 420
Collingwood, J., 204
Collins, B. M., 384
Collins, J. L., 315
Colman, I., 227
Colom, F., 207, 208
Coluccia, A., 354
Comas-Díaz, L., 66, 67, 199
Comer, J. S., 20, 25, 26, 28, 131, 144, 145, 146, 383, 440, 445, 446, 447, 517
Compean, E., 3
Conrad, D., 150
Conradi, H. J., 188
Conti, A. A., 237
Conti, C., 218
Cooley, M., 416
Cooney, P., 467

Coons, P. M., 163
Cooper, A. A., 154
Cooper, M., 56, 58, 96
Cooper, R., 384
Cooper, S. E., 344, 345
Cooper, Z., 286
Copen, C., 85, 333
Copley, J., 47
Corathers, S. D., 357, 358
Corey, G., 45, 48, 64, 67
Cornacchio, D., 50, 438–439, 440, 445, 453
Cornell, C., 221
Corral-Corral, C., 9
Corral-Corral, I., 9
Corrie, S., 95
Corrigan, P. W., 94
Corring, D., 500, 506
Corsini, R. J., 95
Coryell, W., 174
Coskun, M., 349–350
Costa, R. T. D., 119
Costantino, G., 79
Costello, E. J., 438
Cottle, J., 19
Cottler, L. B., 29
Cottrell, D. B., 282
Covey, J., 277
Covey, R. D., 497
Coyne, S. M., 190
Cozzi, G., 243, 246
Crabtree, S., 17
Craig, T., 391
Craig, T. K., 63, 388
Cramer, P., 79
Crandall, C. S., 255
Crandall, M., 358
Craske, M., 49, 106, 108, 110, 120, 126, 127
Crawford, C., 467
CRC (Cyberbullying Research Center), 302
Creswell, J. D., 54
Cristea, I. A., 414
Cronin, E., 168
Crow, S. J., 370
Crow, T. J., 270, 286, 287, 289, 370
Crystal, S., 389
CSP Daily News, 305
Cudi, K., 175
Cui, L. B., 368
Cuijpers, P., 126, 127
Culp, A. M., 226
Culpepper, L., 216, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 228, 231, 232
Culver, J. L., 208
Cummings, J. R., 453, 454
Cunningham, G. R., 330, 331, 332, 334, 335, 336, 337, 342, 343, 344, 345, 346
Cunningham, K. C., 243
Currier, D., 224
Curtiss, J., 122
Cutler, D. M., 227
Cutrer, F. M., 251
Cutright, P., 223
Cutting, J., 368
Cuvelier, M., 377
Cynkar, A., 20

Da Paz, N. S., 460
da Silva, A. P., 473
Daalman, K., 367
Dahl, M., 252
Dahlhaus, R., 464
Dahling, J. J., 429
Dahmer, J., 499, 511
Dahne, J., 193
Dai, H. J., 505
Daigre, C., 428
Dalsbø, T. K., 322
Dana, R. H., 81, 82
Dando, C., 146
Danquah, M. N-A., 173
Danzi, B. A., 92
Dasgupta, P., 122
Daugherty, J., 85, 333
Davidson, K. M., 402, 417, 423, 427
Davidson, L., 10, 96
Davis, C. S., 302
Davis, E., 77, 484
Davis, M., 143, 364
Dayan, J., 148
de Beurs, D. P., 232
de Castro, S. M., 479
De Cort, K., 126
De Genna, N. M., 428
de Jonge, P., 103, 124
de Leede-Smith, S., 367
De Leo, D., 233
De Nadai, A., 96
De Neve, J. E., 17
de Sade, M., 355
de Vries, R. E., 429
Deacon, B. J., 184
DeAngelo, J. J., 511
Decker, H. S., 18, 516
Deeley, Q., 13
DeGue, S., 297
Dein, S., 377
Deitz, S. M., 28
DeJean, V., 187
DeLay, K., 340
Delgadillo, 103, 309
Delgado, D., 274
Delgado, J., 274, 308
Dell, P. F., 166
Demory-Luce, D., 280
Dendy, C. A. Z., 450
Deng, Y., 373
Dennis, J. P., 228
Denno, D. W., 372
DePaulo, B. M., 17
Depp, J., 120
Depue, R. A., 413
DeSalvo, A., 511
Descartes, R., 238
Desjardins, C. D., 275
DeVeaugh-Geiss, J., 132
Devlin, M., 270, 272, 274, 289, 290
DeVos, S. L., 484
DeWitt, M. A., 479
Dhejne, C., 358
Di Florio, A., 372
Di Rosa, M., 490
Diamond, D., 420
Diana (Princess), 412
Dickerson, B. C., 472, 481, 482, 484, 485, 487
Dickerson, C., 144
Dickerson, F., 478
Didden, R., 462, 466
Didion, J., 342
Diefenbach, S., 419
Dillard, D. A., 217, 228
Dimidjian, S., 193
Dimsdale, J. E., 248
Ding, J. M., 242, 244
Dinger, U., 175
DiPrimo, L., 65
Dishion, T. J., 444, 445
Dittrich, K., 200
Dix, D., 11, 14
Dixon, L. B., 15
Dobson, D., 53
Dobson, K. S., 53
Doctor, R. M., 351
Dodes, L. M., 314, 319
Doering, S., 414
Dohrmann, R. J., 260
Dole, V. P., 322
Dolezsar, C. M., 254
Domera, C., 334, 341–342
Donaldson, K., 506–507
Donnelly, B., 278
Donohoue, P. A., 142
Dorahy, M. J., 161
Doss, B. D., 65
Dossat, A. M., 278
Dostoyevski, F., 207
Douglas, N., 70
Douglas, P. S., 251
Dove, 273
Down, L., 464
DPE (Department for Professional Employees), 19
Drabick, D. A. G., 445
Drain, 110
Drake, B., 390
Draper, B. M., 230
Dreisbach, S., 273
Drouin, M., 348
Drummond, E., 497
Drutz, J. E., 458
DTL (Ditch the Label), 436, 437
Duan, W., 75
Dube, A., 3
Ducharme, J., 126
Duenwald, M., 473
Duffy, A., 443
Dugas, M. J., 108
Duman, Z. C., 389
Dunbar, R. I., 61
Duncan, S., 391
Dunham, I., 39
Dunham, L., 129
Dunkelmann, C., 486
Duperrouzel, J., 315
Duran, L., 360
Durbin, A., 376
Durkheim, E., 222, 223, 225
Durkin, K. F., 353
Dusi, N., 205
Duval, E. R., 111, 126
Duval-Harvey, J., 454
Dworkin, E. R., 143, 315
Dwyer, R. G., 501

Eastman, M., 436
EBSCO, 77
Eckler, P., 122
*Economist, The*, 17
Ehnvall, A., 222
EIE (Enough Is Enough), 437
Einat, T., 466
Einstein, A., 520
Eisner, P., 409
Eisold, K., 419
Ekern, J., 267, 270, 279, 280
Elhai, J. D., 7

Elkin, G. D., 514
Elkins, R. L., 50, 319, 320, 446
Ellenberger, H. F., 161, 244
Elliott, E., 82
Elliott, M., 315
Ellis, A., 50, 52, 107, 109–110
Ellis, C. C., 155
Ellis, D. J., 107
Ellis, H., 13
Elmore, J. G., 393
Elwood, C. E., 409
Elzy, M., 413
Emanuel, E., 228, 229
Eme, R., 135, 136
Eminem, 315
Emmelkamp, P. M., 131
Enatescu, V., 179
Endom, E. E., 442
Engel, S., 270, 271, 272, 278, 289
Englbrecht, M., 82
Engstrom, E. J., 11
Epstein, N. B., 65
Erickson-Schroth, L., 359
Erikson, E., 130
Erkic, M., 246
Ernst, E., 259
Erving, C. L., 254
Escobar, J. I., 247
Espinoza, R. T., 473, 474, 475
Etgar, S., 419
Etkin, A., 125
Etxeberria, I., 473
Evans, R., 233
Evans, S. W., 453

Fábrega, H., Jr., 39
Fairburn, C. G., 270, 276, 284, 286
Fajardo, M. L. R., 446
Fakhoury, M., 457
Falconer, C. J., 63
Fan, Q., 387
Fanelli, G., 224
Fanta, C. H., 250
Farber, B. A., 519
Farberow, N. L., 233
Farchione, T. J., 193
Farkas, G., 453
Farkas, M., 353
Farley, C., 313
Farlow, M. R., 487, 488
Farmer, R. F., 193, 425
Farokhnia, M., 295
Farrell, J. M., 95
Faubion, M. D., 502
Faugere, M., 180
Faulkner, W., 204
Fawcett, J., 346
Fay, B. P., 222
Fazel, S., 503, 505
FBI (Federal Bureau of Investigation), 114, 145, 407, 408, 511
FDA (Food and Drug Administration), 41
Federoff, J. P., 353
Feki, I., 478
Feldman, M. D., 239
Feldman, R., 392, 502
Fennig, S., 286
Ferguson, C. J., 408
Fernandez, J., 323
Fernandez, S., 436
Fernquist, R. M., 222, 223
Fernyhough, C., 375
Ferrando, C. (U.), 358
Ferrara, P., 438
Feske, U., 428
Feuer, M., 288
Fichter, M. M., 290
Fieve, R. R., 189
Figley, C. R., 144
Fine, C. G., 168
Fingher, N., 457
Fink, D. S., 220
Fink, M., 125
Fink, S., 514
Finley, E. P., 155
Firger, J., 285
Fischer, B. A., 12, 364, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 374
Fischer, S., 289
Fisher, C., 255, 313, 319
Flavin, D. K., 219
Flick, C., 31
Floros, G. D., 325
Foa, E. B., 50, 131, 154
Foerde, K., 278
Folkman, S., 140
Fonagy, P., 130, 188, 413, 445
Fooducate, 270
Foote, B., 161, 162, 163, 164, 165, 166
Forand, N. R., 195
Forcier, M., 226, 356
Ford, R., 438
Ford, T., 281
Fordtran, J. S., 238–239
Foreyt, J. P., 279
Forgatch, M. S., 446
Forman, S. F., 266, 269, 272, 274, 279
Forrest, M. S., 154
Forsberg, M. M., 479
Forster, M., 317
Fortune, S. A., 225
Foster, J. D., 420, 429
Fouet, T., 215, 230
Fourner, G., 77
Fowler, R. D., 16
Fox, J. A., 136, 408, 510, 511
Frances, A., 90, 92, 505
Francis, A. J. P., 422
Frank, G. K., 278
Frank, J., 6
Frankel, A. S., 348
Franklin, B., 5
Franklin, M. E., 131
Franklin, T., 81
Fraser, J., 502
Freberg, L., 87
Frederick, D. A., 338
Frederick, V., 417
Freeman, J. L., 485
Freeman, W., 384
Freud, S., 13, 14, 22, 43, 44, 46-47, 58, 105, 130, 170, 187, 221, 222, 228, 244, 375, 479, 520
Frey, R., 491
Frey, W. H., 66
Freytes, I. M., 155
Frias, A., 354
Frick, P. J., 445
Friedel, R. O., 411
Frieden, T., 302
Frieden, T. R., 302
Friedman, M., 253
Fries, G. R., 379
Fristad, M. A., 441
Fromm-Reichmann, F., 375
Frone, M. R., 315
Frosch, W. A., 309
Frydman, I., 132
Fuchs, B., 299
Fugl-Meyer, K. S., 340, 346
Fujiwara, T., 217
Fukumoto, M., 369
Furnham, A., 429
Furr, J. M., 140, 143, 439
Fusco, M. L., 200
Fuss, J., 349

Gabbard, G., 187
Gabbe, P. T., 261
Gacy, J. W., 511
Gaga, L., 288
Galán, C. A., 505
Gall, J., 399
Gallegos, C. E., 485
Gallo, D. A., 403
Gallup Poll, 59, 252, 401, 403
Galvez, J. F., 204
Gamboa, C., 323
Gamwell, L., 339
Gao, K., 517
Gao, S., 278
Gao, T., 122
Garb, H. N., 88
Garcia, D., 429
Garcia, J. R., 348
Garcia, R., 103
Gard, A. M., 407, 409
Gardner, B., 498
Garella, N., 462
Garg, S., 459
Garner, D. M., 279, 284
Garofalo, C., 314
Garza, I., 260
Gates, B., 467
Gaudiano, B. A., 94, 389, 390
Gavric, D., 121
GCBH (Global Council on Brain Health), 480
Gebhard, P. H., 354
Geerlings, M. I., 178–179
Gehricke, J.-G., 452
Gelfand, D. M., 450
Gellatly, J., 131
Gentile, J. P., 167, 169
Gentile, S., 200
Geoffreys, C., 401
George, V., 282
Geradt, M., 353
Gerez, M., 126, 132
Gerloff, C., 247
Gerring, J., 21, 22
Gerritsen, L., 178–179
Gervin, G., 74
Gesi, C., 104
Ghafoori, B., 144
Gheorghiu, V. A., 261
Giami, A., 349
Gifford, M., 298
Giffords, G., 502–503
Gigante, A., 335
Gilbert, S., 281
Gilbert, S. C., 279
Gill, D., 413
Gillam, R. B., 463
Gil-Llario, M. D., 467

Ginn, N. C., 460
Gipps, R. G. T., 187
Giraldi, A., 332
Giraldo, D. L., 485
Giuntella, O., 254
Glad, K. A., 145
Glasofer, D. R., 106
Glasser, S., 179
Glenn, A. L., 234, 409
Gloster, A. T., 119, 120, 126, 127
Glover, N. G., 430
Glovin, D., 114
Godlasky, A., 146
Godlewska, B. R., 278
Goetz, K., 519
Gola, H., 148
Golbeck, J., 122
Gold, J., 298
Goldenberg, I., 61–62, 64
Golder, S., 31
Goldstein, D. M., 245
Goldstein, I., 345
Goldstein, J., 9
Goltseker, K., 315
Gomez, M. M., 509
Gomez, S., 288
Gomez Penedo, J. M., 287
Gómez-Gil, E., 357
Gong, J., 205
Gonidakis, F., 272
González, H. M., 199
Gonzalez-Fernández, S., 53
Goodman, W., 130
Goodnough, A., 23
Goodwin, H., 108, 146
Goodyer, I. M., 188
Gordon, E., 465
Gore, W. L., 418, 424
Gorelick, D. A., 303, 304, 306, 310, 311
Gorenstein, D., 93
Goshen, C. E., 381
Gosling, S. D., 432
Gottesman, I. I., 371
Gottlieb, J. D., 387, 389
Gottschalk, M. G., 205
Gould, M. S., 227
Gowensmith, W. N., 499, 500
Gowing, L., 322
Gozlan, O., 358
Gradus, J. L., 144
Graham, A., 288
Graham, J. R., 81
Gramlich, L., 298, 299
Grandin, T., 458
Granholm, E., 390
Grant, J. E., 133, 134
Gray, H., 242
Gray, J. A., 125
Gray, K., 54
Gray, N. A., 207
Gray, S. J., 403
Graziano, P., 452
Green, J., 459
Green, M., 288
Green, S. A., 243–244
Greenberg, B., 231
Greenberg, D. B., 239, 243
Greenberg, G., 89
Greene, K. M., 297
Greene, R. L., 79, 80, 81, 82
Greening, L., 227
Greenspan, R. L., 510
Greer, S., 254
Greger, S., 27
Gregory, B., 52, 123
Greist, J. H., 102
Grella, C. E., 323
Greller, H., 299
Gressier, F., 372
Griffin, R. M., 305
Griffiths, F., 277
Griffiths, S., 273
Grigg, J. R., 220
Grilo, C. M., 279, 290
Grob, G. N., 381
Grodstein, F., 489
Grof, P., 443
Grohol, J. M., 88, 98
Groopman, J., 367
Grossi, V., 473
Groth-Marnat, G., 77, 86
Grover, S., 369, 479
Grubin, D., 83
Gruebner, O., 365
Gruenewald, P. J., 323, 324
Grünblatt, E., 132
Grzelak, T., 267
GSS (General Social Survey), 197
Gu, Q., 260
Guarnaccia, P. J., 81
Guevremont, D. C., 383
Guillamon, A., 357
Guina, J., 158, 159
Guo, L., 337
Gupta, A., 299
Gurak, K., 377
Guterman, J. T., 352
Gutman, D. A., 25
Guttmacher Institute, 333
Guynn, J., 216, 232
Gyani, A., 95

Haagen, J. G., 154
Hackett, G., 335, 342
Hadar, R., 316, 317
Häfner, H., 370, 382
Haggerty, J., 447
Haghighatfard, A., 401
Haile, C. N., 304
Hale, R., 222
Hall, K., 245, 339, 344
Hall, L., 269, 271
Hallberg, J., 347
Hallevy, G., 497
Hall-Flavin, D. K., 88
Hallgren, M., 182
Halperin, J. M., 68, 69
Hamadjida, A., 373
Hameed, M. A., 29
Hamilton, L. D., 332
Hamilton, S. S., 449, 463
Hammen, C., 23, 177, 188, 189, 193, 195, 198, 200
Hammond, T. E., 518
Hamo, N., 85
Han, K. S., 260
Han, S., 374
Handel, G. F., 201
Handel, R. W., 80
Hankin, B. L., 69, 136
Hanna, E., 20, 122, 185
Hannesdottir, D. K., 439, 449
Hansen, M., 143
Hanson, A., 505, 506
Hansson, L., 391
Hao, Q., 473
Harada, K., 278
Hardy, G., 401
Hare, R., 405–406
Harford, T. C., 219
Harkness, K. L., 255
Haroules, B., 502
Harrington, A., 375
Harris, A., 216
Harris, J. C., 466
Harris Interactive, 64, 437
Harris Poll, 17
Harrison, N. A., 159, 160
Hart, C. L., 296, 301, 304, 314, 321
Hartmann, U., 345
Hartney, E., 311
Hassan, C. Q., 146
Hatton, D., 454
Hausman, E., 41
Hauss, R. B., 146
Havinga, P. J., 110
Hawk, L. W., Jr., 452
Hawking, S., 464
Hawks, E., 127
Hawton, K., 225
Hayden, L. A., 345
Hayes, S., 110
Hayes, S. C., 53, 110
Haynes, S. G., 253
He, M., 189
He, Y., 446
Healy, S., 156
Heath, B., 408
Hébert, M., 158
Hedaya, R. J., 125
Hedman, L. C., 505
Heflin, M. T., 472, 474, 476, 481, 491, 492
Heilbrun, K., 447
Heiman, J. R., 339, 343
Heimberg, R. G., 51, 52, 121
Helander, M., 447
Held-Poschardt, D., 49
Hellstrom, W. J. G., 340
Helme, D. W., 41
Hembree-Kigin, T. L., 446
Hemingway, E., 174, 192, 212, 214
Henderson, V., 164
Hendrix, J., 313
Henggeler, S. W., 447
Henn, F., 125
Henrich, J., 23
Henriksen, M. G., 371
Henry, P. E., 281
Heppner, P. P., 97
Herbenick, D., 333, 343
Herbert, J. D., 422
Herman, B., 266, 288
Herman, J. L., 428
Hermes, E. A., 144
Hermida, A. P., 42
Hernandez, A., 218
Hernandez, M., 443
Heron, M., 213, 230
Herper, M., 302
Heslet, L., 145
Hess, A., 119
Heston, L. L., 471
Heylens, G., 357
HHS (U.S. Department of Health and Human Services), 67, 505

Hill, R. M., 218
Hille, R. B., 504
Hillemeier, M. M., 454
Hinckley, J. W., Jr., 495, 497, 498
Hinrichsen, G. A., 474
Hinton, D. E., 102, 124
Hippocrates, 8
Hiroeh, U., 377
Hirsch, M., 181, 183, 184, 331, 335, 338, 339
Hirsch, U., 109
Hisle-Gorman, E., 457
Hithersay, R., 464
HN (Hospital News), 380
Ho, A. Y., 407
Ho, E., 401
Hodgetts, S., 189
Hofer, H., 132
Hoff, P., 11
Hoffman, A., 308
Hoffman, P. S., 313, 319
Hoffman, R. S., 300, 301
Hofmann, S. G., 51, 102, 121, 124
Hogan, R. A., 118
Hoge, E. A., 110
Holinger, P. C., 227
Hollander, I., 345
Holliday, R. P., 154
Holmes, J., 499
Holmes, L., 175
Holmes, T., 255, 256
Holschuh, J., 124
Holt, G., 467
Holt, H., 95
Holtom-Viewel, A., 276
Holtzheimer, P. E., 186
Holz, N. E., 445
Holzer, K. J., 407
Hong, V., 411
Hopkins, D., 10
Hopko, D. R., 103
Hopwood, C. J., 430
Horace, 410
Horney, K., 130
Hornor, G., 69
Horowitz, J. A., 416
Horton, S. E., 224
Horwitz, A. G., 227
Hoshi, A., 485
Hough, S., 347
Houghton, D., 419
Houston, G., 20
Houston, W., 313, 319
Houtsma, C., 216, 233
Howard, M., 105
Howard, S., 253
Howell, E. F., 164, 167, 168
Howland, R. H., 186
Hoyer, M., 408
HRW (Human Rights Watch), 478
Hshieh, T. T., 479
Hsiao, Y. H., 61
Hsieh, N., 215
HSPH (Harvard School of Public Health), 515
Hu, S., 20, 122
Hua, A., 439
Huang, J-J., 224
Hugdahl, K., 368
Hughes, F., 499
Hughes, S., 483
Huguet, A., 193, 194
Huh, J., 87
Hui, C., 476
Hulett, J. M., 258
Humphrey, J. A., 223
Humphreys, K., 323
Hundersmarck, S., 353
Huo, Y., 257
Huprich, S. K., 412
Hurlbert, D. F., 343
Hussain, A., 28
Hyde, J. S., 331, 333, 334, 336
Hyland, P., 150, 151
Hymel, S., 436

Iadarola, S., 459
Ibrahim, H., 146
Iglehart, J. K., 18
Igoumenou, A., 409
Igwe, M. N., 160
Ihle, W., 276
Iimori, T., 186
Imm, K. R., 258
Infogalactic, 144
Ingersoll, K., 319
Innocence Project, 509
Inouye, S. K., 479
Insel, T., 92
Ippoliti, S., 467
Irwin, M. R., 238, 239, 240
Isacsson, G., 442
Islam, M. M., 112
Isomaa, A-L., 286, 289
Isomaa, R., 286, 289
Ivins, B., 511
Ivy, J. W., 383
IWS (Internet World Stats), 250

Jablensky, A., 377
Jabr, F., 182
Jackson, A., 497
Jackson, M., 313, 319
Jacob, M., 130
Jacobs, D., 355
Jacobs, J. R., 188
Jacobs, L., 57
Jacobsen, K. H., 27, 29
Jacobson, G., 230
Jacobson, R., 270
Jacoby, N., 142
Jacques, N., 179
Jafferany, M., 239
Jäger, P., 255
Jagsch, C., 478
Jain, A., 505
Jakob, J. M., 151
Jakobsen, K. D., 404
James, J., 5
James, R., 319
James, S., 180, 184, 218
James, W., 160, 424, 427, 532
Jamison, K. R., 204, 206
Janicak, P. G., 205, 207
Janssens, S., 369
Jansson, L. M., 306
Janus, C. L., 333, 354
Janus, S. S., 333, 354
Jaremka, L. M., 257
Jarlenski, M., 312, 313
Jarrett, R. B., 183
Jaschek, 27
Javier, S. J., 279
Jenner, B., 359
Jennings, J. R., 253
Jenny, C., 239, 240
Jensen, L., 490
Jernigan, T. L., 37
Ji, X., 453, 454
Jiann, B-P., 332
Jibson, M. D., 383, 385, 386
Jin, G. Z., 41
John, A. P., 387
Johns, M. M., 359, 360
Johnson, B. A., 322, 342
Johnson, J., 335
Johnson, L. A., 384
Johnson, L. D., 136
Johnson, M., 74
Johnson, T. D., 280
Johnson, V. E., 330, 335
Johnston, D., 379
Johnston, J. E., 511
Johnston, L. D., 296, 301, 310, 311, 314
Joiner, T., 223, 224
Joiner, T. E., 223
Jones, B., 313
Jones, C. R. G., 456
Jones, D. N., 429
Jones, I., 372
Jones, M., 382
Jones, M. C., 314
Jonge, P., 103
Joplin, J., 313
Joseph, B., 17, 389
Joshi, K., 66, 98, 390, 391, 392
Joshi, S. V., 220
Josselson, R., 58, 59
Jovanovic, T., 436
Joyal, C. C., 349, 355
Joyce, J., 5
Juang, L., 66, 199, 247
Juckel, G., 368
Judd, S., 393, 502
Jung, C. G., 43
Juvonen, J., 407

Kaczynski, T., 511
Kaess, M., 437
Kagan, J., 87
Kahn, A. P., 346
Kalkhoran, S., 305
Kamenov, K., 98
Kaminski, J. W., 446, 447
Kampman, K., 319, 320
Kampmann, I. L., 423
Kanaan, R. A., 242, 244
Kandasamy, A., 320, 321
Kane, J. M., 393
Kanehisa, M., 426
Kaneya, R., 503
Kang, H. S., 490
Kangelaris, K. N., 258
Kanner, B., 105, 128, 420, 456
Kanner, L., 411
Kantor, E. D., 476
Kantor, M., 422
Kantrowitz, B., 47
Kapardis, A., 510
Kapfhammer, H. P., 239
Kapitanyan, R., 386
Kaplan, H. S., 330
Kaplan, M., 247
Kardashian, K., 288
Karver, M., 413
Katz, J., 302

Kaufman, S. B., 204
Kaya, C., 256
Kayhan, F., 416
Kazano, H., 9, 11
Kazdin, A. E., 96, 407, 446
Kearney, C. A., 435, 444, 454-455
Keatley, D. A., 510, 511
Kebede, L., 281
Kedmey, D., 388
Keefer, A., 491
Keel, P. K., 266
Keen, E., 59
Keene, C. D., 480, 481, 483, 484, 489
Keeshin, B. R., 442
Keitner, G., 195, 197
Kellett, S., 401
Kellner, C., 185, 475
Kelly, J. F., 323
Kelly, K. M., 29
Kemper, A. R., 453
Kendall, J., 454
Kendall, P. C., 438–439
Kendall-Tackett, K. A., 179
Kendig, S., 179
Kendler, K. S., 11, 125, 278, 401
Kenneback, S., 217, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 441
Kerber, K., 185
Kernberg, O. F., 45, 402, 412, 418, 424
Kerns, C. E., 438
Kerr, W. C., 217, 223
Kerridge, B. T., 310
Kessler, R. C., 7, 29, 89, 103, 115, 120, 121, 124, 128, 143, 174, 178, 203
Keyes, K. M., 85
Keys, A., 267, 271
KFF (Kaiser Family Foundation), 66
Khan, A., 391, 485
Khandaker, G., 466
Khantzian, E. J., 314, 319
Kharasch, E. D., 322
Khazan, O., 313
Khera, M., 342, 343, 344, 345, 346
Kibria, A. A., 10
Kiecolt-Glaser, J. K., 257, 258
Kienast, T., 411
Kiernicki, K., 41
Kiesler, D. J., 97
Kiger, P. J., 77
Kikkert, M. J., 427
Kikuchi, H., 164
Killingsworth, M., 55
Kim, C., 227
Kim, D. R., 179, 228, 448
Kim, E., 54, 166
Kim, I., 419, 457
Kim, J. S., 27, 127
Kim, J. W., 273
Kim, J. Y., 192
Kim, S., 438
Kim, S. R., 258
Kimball, A., 135
Kim-Cohen, J., 445
King, S. A., 255
Kingsberg, S. A., 339, 340, 342, 343, 346
Kiosses, D. N., 230
Kirkham, F. J., 466
Kirmayer, L. J., 81
Kisely, S., 502
Kishita, N., 109, 110
Klan, T., 119
Klein, D., 267–268, 270, 272, 276, 278, 285, 286, 441
Klein, D. F., 125
Klein, M. C., 259
Kleinplatz, P. J., 342
Kline, N. S., 181
Kluft, R. P., 168
Knatz, S., 283
Knezevic, D., 486
Knight, R. A., 355
Knoll, J. L., 408
Knowthenet, 437
Ko, J. Y., 179
Ko, K., 489
Kocsis, R. N., 511
Kodal, A., 49
Koenen, K. C., 149
Koenigsberg, H. W., 401
Koerner, N., 108
Koetting, C., 240
Koh, H. K., 65, 200
Kohen, D. P., 166
Kohut, H., 45
Kok, R., 199
Kolata, G., 288
Kolodny, A., 302
Koo, J., 134
Kooyman, I., 377, 393
Korda, J. B., 343
Kornack, J., 516
Korte, K. J., 154
Kosilov, K. V., 448
Kosinski, M., 31
Koss, M. P., 144, 145
Kosten, T. R., 316
Kovera, M. B., 509
Kowall, N. W., 484
Kposowa, A. J., 223
Kraan, T. C., 378
Krack, P., 384
Kraepelin, E., 11, 12, 89, 394
Krafft-Ebing, R. V., 12
Kragh, J. V., 12
Kralovec, K., 215
Kramer, A. D. I., 31
Krasnova, H., 122
Krause, M., 385, 386
Krause-Utz, A., 411
Krauss, D. A., 498
Kravitz, Z., 283
Krebs, G., 135
Kreipe, R. E., 281, 289
Kreitler, C. M., 105
Kring, A. M., 369
Krippner, S., 144
Krisberg, B. A., 445
Krishnan, R., 23, 174, 177, 178, 188, 191, 195, 199
Kritikos, T. K., 441
Krueger, R. B., 354
Krueger, R. F., 398, 411
Krug, O. T., 56, 59
Krull, K. R., 449, 450, 451, 452, 453
Krupić, F., 247
Krupnick, J. L., 261
Ksir, C., 296, 301, 304, 314, 321
Kube, T., 53
Kucharska, J., 58
Kuhn, R., 36, 183
Kulkarni, J., 428
Kundra, L., 202
Kunst, M. J. J., 150
Kurlansik, S. L., 247
Kuzucan, A., 41
Kwapil, T. R., 87
Kyaga, S., 204

La Greca, A. M., 92, 143
Laan, E., 338, 346
Laborit, H., 383
*Ladies' Home Journal*, 284
Laidlaw, K., 109, 110
Lakhan, S. E., 182
Lalani, S. R., 449, 462
Lambert, M. J., 96, 97
Lamm, N., 290
Lampe, L., 422, 423
Lamprecht, F., 155
Lanas, A., 250
*Lancet*, 458
Lancioni, G. E., 489
Landa, R. J., 459
Landgraff, C., 348
Lane, H., 28
Lane, S. M., 510
Lang, J., 15
Lange, C., 370
Langleben, D. D., 83
Långström, N., 351
Lanier, C., 217
Lankford, A., 223, 408
Lankford, R., Jr., 288
Lanska, D. J., 9
Lapidus, K. B., 384
LaRosa, J., 270
Larson, E. B., 486, 488
Laskin, D. M., 260
Lau, J. Y., 200
Laumann, E. O., 333
Lavender, J. M., 282
Lavin, M., 352
Law, E., 62
Lawrence, D. H., 5
Lawrence, R., 497
Laws, R., 353, 355
Lawson, E. A., 268
Lazarou, S., 344
Lazarov, O., 485
Lazarus, R. S., 140
Lazzari, C., 412
Leavy, P., 25, 27, 30
LeBlanc, S., 348
Lebow, J. L., 64, 65, 197, 425
LeCroy, C. W., 124
Ledger, H., 319
LeDoux, J. E., 112
Ledoux, S., 314
Lee, C., 150, 400
Lee, G., 182
Lee, J., 76, 150, 369, 485
Lee, M. C., 485, 488
Leem, J., 256
Leemans, C., 424
Leenaars, A. A., 233
Leff, J., 63, 388
Lehman, S., 280
Lehrner, A., 148
Leibold, N. K., 126
Leichsenring, F., 422
Lembke, A., 323
Lenhard, F., 131
Lennon, J., 499
Lenzenweger, M. F., 399, 403, 404, 413
Lepage, C., 488

Lepp, A., 122
Lerner, M. D., 449, 455, 456
Levenson, H., 47
Levenson, J. L., 244, 245, 246, 247, 249, 254, 257
Levi, O., 155
Levin, M. E., 195
Levine, D., 182, 357
Levinson, D. F., 177
Levinson, H., 384
Levula, A., 122, 196, 517
Levy, T. B., 228
Lewinsohn, P., 189, 193
Lewis, A. J., 29
Lewis, E. T., 3rd, 179, 501
Lewis, R. W., 331, 334, 337
Li, G., 222, 311
Li, J., 335, 485
Li, L., 489
Li, W., 476
Liang, L. A., 196
Liberzon, I., 149
Libman, H., 492
Liébault, A.-A., 13, 244
Lieberman, A., 463
Lieberman, A. F., 200
Lieberman, H., 126
Lieberman, J. A., 373
Liebman, J. L., 510
Liechty, J. M., 284
Liese, B. S., 92
Lincoln, A., 174
Lincoln, T. M., 387, 389
Lindau, S. T., 333
Lindblom, J., 62
Lindenberg, K., 326, 517
Lindenmayer, J. P., 391
Lindqvist, E. K., 358
Lindsley, C. W., 488
Linehan, M., 414, 415
Linehan, M. M., 413
Lines, L. M., 491
Ling, H., 488
Lippy, C., 297
Litman, R. E., 233
Littlefield, A. K., 314
Liu, A., 289
Liu, R. T., 131, 191, 192
Liu, T., 175
LiVecchi, P., 512
Livesley, W. J., 414
Lloyd, J., 389
Loas, S., 424
Loewenstein, R. J., 158
Lochman, J. E., 444, 445, 449
Loftus, E. F., 159, 510
Logrip, M. L., 315
Lohani, S., 316
Loharikar, A., 245
Lombardo, P. A., 12
Longpré, N., 354, 355
Loomer, H. P., 181
Lopes, B., 429
López, S. R., 81
Lopez, V., 504
LoPiccolo, J., 336, 339
Lorand, S., 188
Loughner, J. L., 502–503
Lovaas, O. I., 458
Lovato, D., 288
Love, K., 126
Lovejoy, M., 281
Löwe, B., 247
Lowes, R., 229
Luber, B. M., 42
Lublin, N., 231
Luborsky, L., 97
Lucas, L., 505
Ludwig, A. M., 204
Luftman, K., 149
Lundberg, U., 253
Luo, S., 355
Lusk, J., 224
Luyten, P., 413, 445
Lyness, J. M., 175, 197
Lyons, L., 166
Lyons, M. J., 149

Ma, J., 223
MacIntosh, H. B., 159
MacIsaac, T., 379
Mackey, J., 488
MacLaren, V. V., 83
MacNeill, L. P., 279
Madden, N. E., 168
Mader, J., 467
Madigan, S., 348
Madoff, B., 405
Maffei, M. S., 247
Magee, L., 52
Maggs, J. L., 297
Magny, E., 479
Mahboubi, S., 314
Mahoney, A., 154
Mahtani, K., 87
Maier, S. F., 191
Mainwaring, D., 358
Major, N., 439
Majumder, A., 359
Makwana, B., 273
Malhi, G. S., 207, 422
Malik, Z., 282
Malki, S., 466
Maller, R. G., 127
Maloney, J., 305
Malvo, L. B., 510
Mandela, N., 206
Mandolesi, L., 489
Manfredi, C., 105
Mann, J. J., 224
Mann, M., 17, 352
Manschreck, T., 364
Mantila, L., 473
Maples-Keller, J. L., 154, 155
March, E., 429
Marcoux, L., 418
Marden, J. R., 254
Marder, S., 364, 385, 386
Margo, J. L., 279
Maris, R. W., 217, 219, 222
Market Watch, 477
Markovitz, P., 401, 403, 415, 417, 423, 425, 427
Marks, I. M., 117, 134, 350
Marmar, C. R., 144
Marras, C. E., 224
Mars, B., 216
Marshall, L. E., 351, 353, 355, 501
Marshall, T., 249
Marshall, W. L., 346, 351, 353, 355, 501
Marsiglia, F. F., 313
Marston, W. M., 83
Martell, C. R., 189, 193
Martin, F., 193
Martin, L., 442
Martin, R. J., 4, 259
Martin, S. A., 331
Martin, S. F., 348, 349, 350
Martino, M., 314, 371, 374
Martins, M. V., 65, 185
Martire, L. M., 257
Marx, G., 342
Mary, L., 464
Mash, E. J., 443, 444, 445, 448
Maslow, A., 55
Mason, S., 163
Massau, C., 353
Masters, W. H., 330, 335
Mataix-Cols, D., 133
Mathbout, M., 513
Mather, M., 472, 477, 491
Mathes, B. M., 133
Mathew, J., 31
Matsumoto, D., 66, 199, 247
Matthys, W., 444, 445, 449
Mattingly, G. W., 451
Maugham, W. S., 435
Mayberg, H., 186
Mayhew, A. J., 277
Mayo, C., 282
Mayo, D., 378, 379
Mazulla, S. L., 512
Mazza, M., 456
Mazzilli, R., 335
McAfee, 348
McCabe, R. E., 103, 113, 115, 117, 118
McCarthy, B., 341, 347
McClintock, A. S., 96
McClintock, C. H., 58
McCloskey, M. S., 445
McCloud, A., 219
McConnaughey, J., 476
McConnell, D., 467
McCord, D. M., 81
McCrady, B. S., 319
McCullough, L., 422, 424
McDade, E. M., 489
McDaniel, B. T., 348
McDermott, B. E., 239
McDonald, A., 452
McEachin, J. J., 458
McEvoy, K., 179
McGauran, D., 114
McGoldrick, M., 329
McGrady, T., 74
McGrath, J., 31
McGraw, P., 512
McGuffin, P., 177
McGuire, P. K., 18, 368
McGurk, S. R., 400
McIlvaine, V., 155
McIngvale, E., 128
McKeown, S., 407
McKetin, R., 373
Mckew, M., 218
McKinney, C., 323
McLaurin, V., 473
McLay, R. N., 10
McLean, D., 377
McMahon, R. J., 445
McNally, R. J., 117, 156, 159
McNaughton, N., 125
McNeil, C. B., 446
McNeil, E. B., 128
McNicol, M. L., 326

McPherson, M., 197
McRee, J., 515
Meana, M., 340, 346
Meaney, R., 428
Meehan, K. B., 420
Meersand, P., 87
Meganck, R., 168
Mehl, E., 372
Mehler, P., 267, 286
Mehlum, L., 222
Mehta, D., 179
Meichenbaum, D., 109, 261
Meijer, E. H., 83
Meinhard, N., 372
Melechi, A., 514
Meloy, J. R., 407
Melton, G. B., 498
Melville, J., 113
Menary, K. R., 318
Mendelson, T., 16, 65
Meng, L., 150, 200
Menninger, K., 221
Menon, J., 320, 321
Merenda, R. R., 163
Mergl, R., 62
Merikangas, K. R., 7
Merlo, P., 490
Merten, E. C., 453
Mesmer, F. A., 13
Mesri, B., 52, 121
Meston, C. M., 332
Metcalfe, N. H., 10
Mewton, L., 231, 324
Meyer, A., 151
Mez, J., 488
Mezuk, B., 29
MHA (Mental Health America), 66, 215, 250, 391, 498, 500, 501, 502
Miano, A., 411
Michal, M., 169
Middleman, A. B., 221, 513
Miguel, E. M., 216
Mihura, J. L., 79
Mike, A., 426
Milazzo-Sayre, L., 14, 15, 390
Milk, H., 500, 501
Miller, A., 165, 519
Miller, C. M., 216
Miller, D., 505, 506
Miller, J. D., 418, 419, 442
Miller, K., 288
Miller, K. K., 268
Miller, N. E., 116
Miller, P. M., 23
Miller, T., 419, 436
Millichap, J. G., 451
Millon, T., 401–402, 403, 417–418, 421, 422, 425
Mills, C. P., 145
Mineka, S., 117
Minkkinen, J., 216
Minuchin, S., 64, 280
MIP (Mental Illness Policy), 377, 393, 507
Miranda, J., 199
Miret, M., 230
Mitchell, A. J., 197
Mitchell, B. D., 499, 500
Mitchell, J. E., 272
Mitchell, J. T., 156
Mitchell, S. I., 270, 271, 276, 286, 287, 288, 289, 483
Mizrahi, R., 486
M'Naghten, D., 497, 498
Moberg, K., 301
Modesto-Lowe, V., 454
Moeller, S. J., 317
Moens, M. A., 86
Mohler, H., 111
Mohlman, J., 111
Moldavsky, D., 247
Molière, 248
Mongilio, H., 83
Mongrain, M., 16
Moniz, A. E., 42
Moniz, E., 384
Monroe, M., 212, 220
Monroe, S. M., 255
Monteith, C., 313, 319
Monteith, L. L., 224
Montejo, A. L., 335
Montes, K. S., 315
Moore, G., 505
More, J. Y., 485
Moreno, C., 348, 443
Moreno, J., 62, 135
Moreno, M. A., 69, 136, 152, 348
Morgan, C. D., 79
Morgan, J. P., 306
Morgan, P. L., 453
Morgan, T. A., 402, 416, 424
Morgentaler, A., 337
Morkem, R., 442, 443
Moroni, F., 422
Morris, A., 516
Morris, M. C., 200
Morrison, A., 457
Morrison, A. P., 386
Morrison, J., 313
Morton, J., 161
Morven, A., 101
Moscone, G., 500, 501
Mosconi, L., 486
Moscovitch, D. A., 52
Moshier, S. J., 193
Moss, K., 279
Motil, K. J., 280
Moultrie, J. K., 81
Mowrer, O. H., 116, 448
Mowrer, W. M., 448
Mu, S. H., 485
Mueller, S. C., 357, 359
Muhammad, J. A., 510
Muhle, R. A., 458
Mukamai, K. J., 219, 296, 298, 299, 304
Mulder, R. T., 417, 427
Müller, N., 111, 112, 379
Mullin, A. S., 106
Mullins, N., 200
Mundy, P., 456, 457
Munsey, C., 438
Muntner, P., 254
Murad, M. H., 359
Murdock, K. K., 190
Muris, P., 429
Murphy, W. D., 351
Murray, H. A., 79
Murray, L. K., 442
Murray-Close, D., 445
Musser, E. D., 450
Mutombo, D., 74
Myers, C. E., 63
MyPlan.com, 17
Mysko, C., 288
Naaz, S., 321
Nace, E. P., 199, 295
NAELA (National Academy of Elder Law Attorneys), 477
Nahata, L., 357
Nair, G., 384
NAMI (National Alliance on Mental Illness), 15, 102, 392, 393, 447, 505
NAN (National Autism Network), 457
Naoi, M., 178
Narayanan, G., 321
NARPA (National Association for Rights Protection and Advocacy), 507
Nathan, D., 163
National Center for PTSD, 139
Nauert, R., 231
Nautiyal, K. M., 325
Nayak, A., 439
Nazione, S. A., 31
NB (No Bullying), 437
NBC (National Broadcasting Company), 245
NBPC (National Bullying Prevention Center), 437
NCASA (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University), 297
NCBH (National Council for Behavioral Health), 502, 516
NCD (National Council on Disability), 466
NCES (National Center for Education Statistics), 20
NCHS (National Center for Health Statistics), 476, 477
NCI (National Cancer Institute), 185
NCPTSD (National Center for PTSD), 148
Neacsiu, A. D., 413
Neal, T. M. S., 496
Neale, J. M., 369
NEDA (National Eating Disorders Association), 267, 274
Neff, B., 351
Neikrug, A. B., 483
Nelson, L., 303, 304, 306
Nelson-Gray, R. O., 425
Nemeroff, C. B., 25
Ness, L., 165
Nestler, E. J., 316
Neumaier, F., 384
Neuman, F., 5
Neumark-Sztainer, D. R., 284
Newby, J. M., 247, 249
Newman, B. M., 200
Newman, F., 180
Neziroglu, F., 135
NFER (National Foundation for Educational Research), 437
Ng, Q. X., 491
Ng, T. S., 145
NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism), 294, 297
Nichols, W. E., 177
NIDA (National Institute on Drug Abuse), 294, 302, 476
Nieuwsma, J., 185, 196
Nigg, J. T., 450, 451, 452
Nijinsky, V., 204
Nikolaus, S., 205
Nimbi, F. M., 332, 338
NIMH (National Institute of Mental Health), 15, 65, 92, 102, 103, 115, 120, 121, 124,

143, 178, 203, 266, 269, 270, 274, 280, 283, 286, 289, 364, 392, 393, 440, 503
Ning, L., 150
Nishikawa, S., 200
Nivard, M. G., 378
NLM (National Library of Medicine), 449
NMHA (National Mental Health Association), 14
Nobles, C. J., 29
Nobre, P. J., 336, 344
Nock, M., 234
Nock, M. K., 215, 217, 219, 224, 226, 441
Nock, N. L., 315
Nolan, D., 302
Nolen, A., 502
Nolen-Hoeksema, S., 191, 198
Noll-Hussong, M., 144
Nomi, J. S., 485
Noonan, D., 54
Noonan, S., 135
Norcross, J. C., 48, 53, 57, 58, 59, 68, 69, 97, 98, 106, 188, 519
Nordentoft, M., 379
Norman, G. R., 92, 389, 390, 391
Norman, S. B., 143
Nourse, R., 297
Novais, F., 416, 417
Nowak, D. E., 325
NPD Group, 250
NPT (Network of Philanthropic Trust), 59
NSDUH (National Survey on Drug Use and Health), 67, 305
NSOPW (National Survey on Drug Use and Health), 353
Nugent, A. C., 205
NVSR (National Vital Statistics Reports), 16, 228
Nyström, M. B., 189
Nyswander, M., 322

O Ciardha, C., 353
OA (Opportunity Agenda), 254
Oates, G. L., 256
Obama, B., 206, 473
Obama, M., 473
O'Brien, C. P., 315
O'Brien, S. A., 216
O'Connor, P. G., 297, 298
Odagaki, Y., 157
O'Dea, B., 227
Odujebe, O., 303, 304, 306
Oerbeck, B., 440
Offer, D., 227
O'Hara, M. W., 372
Ohman, A., 117
Oinas-Kukkonen, H., 473
Okada, T., 111
Okawa, J. B., 146
Oldehinkel, A. J., 200
Olfson, M., 453
Oliver, C., 456
Oliver, J. M., 488
Oliver, T., 193
Ollove, M., 503
Olmsted, M. P., 289
Olness, K., 166
Olson, K. A., 221, 513
Olson, L. A., 406
Olson-Kennedy, J., 226, 356
Oltean, H. R., 191
Olten, B., 385, 386
Omalu, B., 488
O'Neal, S., 74
Onwuteaka-Philipsen, B. D., 229
OPA (Office of Protection and Advocacy for Persons with Disabilities), 507
Opinion Research Corporation, 92
Oquendo, M. A., 224
Orduna, M., 378
Orleanu, P., 261
Ortiz, C., 6
Orwelius, L., 258
Osman, M., 222
Osmananağaoğlu, N., 109
Ostermaier, K. K., 464
Ostrov, J. M., 445
O'Sullivan, D. J., 192
O'Sullivan, L. F., 333
Otto, M. W., 193
Oudgenoeg-Paz, O., 465
Overdorf, V., 182
Overton, D., 165
Owen, R., 219
Owens, A. P., 109
Özdel, K., 191
Ozturk, M., 349–350

Paast, N., 426
Pace, C., 298
Padilla, R., 490
Padilla-Walker, L. M., 190
Padwa, L., 88
Page, I. J., 351
Page, T. F., 453
Pager, D., 114
Palagini, L., 200
Pallardy, C., 19
Palley, W., 54
Palsetia, D., 76
Pamas, J., 410
Pandey, D., 257–258
Pankevich, D. E., 271
Parents Anonymous, 442
Paris, J., 163, 400, 407, 410, 412, 416, 419, 420
Parisette-Sparks, A., 105
Park, C. H. K., 219
Park, E. R., 305
Park, J., 466, 467
Park, K. K., 134
Park, S. H., 260
Park, T. W., 299
Parker, G. F., 393, 412, 502
Parker, S., 281
Parmar, A., 132
Parnell, A. C., 222
Parsons, E. M., 121
Patel, N. A., 514
Patel, S. R., 128
Paterniti, S., 188
Patrick, C. J., 406, 417
Patrick, D., 3
Patrick, M. E., 313
Patriquin, M. A., 316
Patterson, D., 150
Patterson, G. R., 444, 445, 446
Patterson, P. H., 374
Paul, G., 98
Paul, G. L., 382
Paulhus, D. L., 429
Paulk, A., 274
Paulo, M., 479
Paulson, C. M., 144
Paulus, F. W., 307, 326
Paulus, M. P., 317
Payne, A. F., 79
Payne, J., 372
Pear, R., 51, 516
Peavy, M., 319, 323
Pedersen, T., 149
Peebles, R., 283
Peel, R., 497
Peep, L., 319
Pelham, W. E., 453
Pellecchia, G., 422
Pelletier, J. F., 10
Pendery, M. L., 323
Pennebaker, J. W., 261
Perdeci, Z., 409
Perez, M., 281
Perlin, M. L., 498, 499
Perls, F., 57
Perpetuini, D., 486
Perrault, E. K., 31
Perrin, M., 144
Perry, K., 302, 445
Perugi, G., 185
Peters, E., 387, 389
Peters, E. M. J., 256
Peters, L., 52, 123
Petersen, D. B., 463
Petersen, J. L., 333
Petersen, R. C., 489
Peterson, Z. D., 341
Petrini, M. J., 398, 418, 419, 420
Petty, T., 313, 319
Pettypiece, S., 516
Pew Research Center, 64, 190, 250, 312, 401, 419, 437, 473, 480, 491
Pfaff, J. A., 505
Pfäfflin, 352
Pfeffer, C. R., 226
Pfefferbaum, B., 156
Phalen, P., 302
Pham, A. V., 454
Phelps, M., 234
Phillips, K., 128
Phillips, K. A., 133, 134, 135
Philo, C., 9
Piacentini, J., 440
Pianta, R. C., 69, 136
Piatt, A., 480
Piel, J. L., 502
Piersol, C. V., 490
Pieters, J., 353
Pike, K., 283, 284, 285
Pike, K. M., 281
Pillay, B., 258
Pilo, C., 417
Pinals, D. A., 502
Pinard, C. R., 112
Pine, D. S., 112
Pinel, P., 10, 14, 381
Pinkham, A. E., 375
Pinto, A., 426, 427
Piper, B. J., 302
Pitillo, E. S., 163
Pivalizza, P., 449, 462, 466, 467
Pizzagalli, D. A., 180
Plante, T. G., 78
Plath, S., 174, 204, 258
Plato, 8
Plaud, J. J., 350
Plener, P. L., 214
Poletti, M., 463
Polo, A. J., 103

Ponseti, J., 353
Pontes, N. M. H., 437
Pop, C., 273
Pope, K. S., 509, 512, 513, 518, 519
Popova, S., 299, 463, 465
Poretz, M., 135
Portenoy, R. K., 262
Posmontier, B., 372
Post, R. M., 205, 207
Poulsen, S., 287
Powell, M. P., 447
Power, C., 422
Power, P., 391
Pozzi, M., 442
Pratchett, L. C., 208
PRB (Population Reference Bureau), 491
Predmore, Z., 231
Presley, E., 313
Press, D., 487, 489, 490
Price, M., 487
Priday, L. J., 25
Prince, 301, 319
Probst, T., 123
Prochaska, J. O., 48, 53, 57, 58, 59, 68, 97, 106, 188
ProCon, 41
Pruchno, R., 393
Pruessner, M., 370, 378
Pu, J., 196
Puppo, V., 345
Putnam, F. W., 163

Quas, J. A., 77
Quek, J., 413
Quill, T. E., 229
Quillian, L., 114
Quirk, S. E., 400
Qureshi, N. A., 182

Rabella, M., 403
Rabinovici, G. D., 488
Rachman, S., 350
Radcliff, S., 260
Rader, D., 511
Rädle, M., 306, 307
Radulovic, J., 165
Rahe, R., 255, 256
Rahim, Z., 17
Raine, A., 409
Rainie, L., 20
Raj, V., 242
Rajeh, A., 453
Ram, Y., 39
Ramesh, T., 505
Ramey, C. T., 462
Ramey, S. L., 462
Ramsey, C. M., 29
Rankin, E. D., 45
Rapport, M. D., 450
Rash, C. J., 320
Rashid, T., 59
Rasic, D., 29
Raskin, N. J., 56
Rasmusson, A. M., 148
Ratcliffe, R., 437
Rathbone, C. J., 167
Rauscher, L., 256
Ravitz, P., 197
Raviv, S., 266, 268
Rayner, R., 116
Raz, M., 384
Rea, I. M., 473
Read, J., 367
Reagan, R., 495, 497
Reamer, F. G., 63
Reavell, J., 53
Redinger, M. J., 242
Redmond, D. E., 125
Regier, P., 302
Rehm, I. C., 63
Reichenberg, A., 464
Reidenberg, D., 216
Reinfjell, T., 200
Reis, D. J., 92
Reisch, T., 218
Reisner, A. D., 502
Reiss, S., 127
Reitan, R. M., 85
Remberk, B., 370
Remes, O., 103, 121, 145
Remick, R. A., 182
Remington, G., 366
Renk, K., 445
Repetti, R. L., 86
Reuters, 379
Reuveni, I., 509
Revelle, W., 430
Reyans, A., 208
Reynolds, D., 255
Reynolds, E. H., 10
Reynolds, G., 117
Rezaei, M., 316
Ribeiro, A., 188
Ribeiro, J. D., 223
Ribeiro, J. P., 188
Rice, F., 438
Rich, C. L., 442
Richards, I. L., 285
Richardson, F. D., 262
Richardson, J. R., 486
Richardson, M., 122
Richmond, M. K., 515
Rickard, N., 87
Riddle, M. A., 426
Rieber, R. W., 161, 163
Riggs, P., 320
Rigotti, N. A., 305
Riley, J., 262
Riley, K. E., 191
Rindal, E. J., 510
Ringer, J., 279
Risen, J., 514
Rittenhouse, M., 281
Ritter, M. R., 121
Riva-Posse, P., 186
Rivard, M., 459
Rivenbark, J. G., 444
Rizzi, M., 224
Roaiah, M. F., 337
Robert, G., 47
Roberts, R., 386
Robertson, C. A., 355
Robins, C. J., 414
Robinson, L., 139
Robinson, M., 312
Robinson-Papp, J., 253
Robitaille, M. P., 407
Robles, R., 358, 359
Robson, D., 23
Rocca, P., 368
Roche, T., 372
Rochon, P. A., 475, 476, 478
Rocks, T., 283
Rodgers, R. F., 277, 281
Rodnitzky, R., 487
Roepke, S., 418
Roesch, R., 201, 503
Roesler, T. A., 239, 240
Rogers, C. R., 55, 56, 106, 112
Rogers, G., 198
Rogers, K. M., 454
Rogers, M. L., 223, 224
Rogler, L. H., 82
Rogoll, J., 439
Rojas, A., 379
Rojmahamongkol, P., 299
Rolin, H., 258
Rollin, H. R., 10
Rolls, E. T., 184
Romero-Martínez, A., 442
Ronningstam, E., 418, 420
Roper, 14, 92
Rorschach, H., 78
Ros, R., 452
Rose, S. W., 81, 313
Rosell, D. R., 364, 404
Rosen, L. R., 337
Rosen, R. C., 330, 331, 332, 334, 335, 336, 337, 342, 343
Rosenhan, D., 60, 377
Rosenman, R., 253
Rosenström, T., 409
Rosenthal, R., 27, 323
Rosenthal, R. N., 313
Rosenthal, T., 117
Rosky, J. W., 82
Roslan, N. S., 331
Ross, C., 167, 168, 273
Ross, C. A., 165
Ross, D. A., 150
Rossini, E. D., 78
Rotenberg, K. J., 192
Roth, D. L., 258
Rothbaum, B. O., 145, 153, 154, 155, 156
Rothenberg, A., 204
Rothschild, A. J., 185
Rowland, D. L., 344, 345
Roy-Byrne, P. P., 121, 124, 125, 126
Rubenstein, L. M., 192
Rubin, D. M., 442
Rubio-Aurioles, E., 332
Rudge, S., 414
Ruffalo, M. L., 505
Ruggero, C. J., 145
Rupert, P. A., 519
Rus-Calafell, M., 388
Ruscio, J., 60
Rush, B., 10
Rush, J. A., 184
Russo, F., 258, 356, 357
Russo, N. F., 144
Rutledge, P., 419
Ruys, J. F., 8
Ruzek, J. I., 144
Ryan, S. M., 118
Rydell, M., 451, 453
Ryles, F., 443

Sabouri, S., 429
Sabri, O., 485
Sacks, O., 367

Sadeh, N., 411
Sadiq, S., 378
Safer, D. J., 453
Safran, J. D., 45, 48
Sajatovic, M., 475
Salari, A., 111
Salary.com, 19
Salcedo, B., 102
Salkind, N. J., 22, 24, 25, 27, 30
Salkovskis, P. M., 130
Saltzman, J. A., 284
Salzer, S., 422
Samek, D. R., 316
SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), 228, 234, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 303, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 315, 322, 324, 325, 365, 392, 515, 516
Samorodnitzky-Naveh, G., 135
Sanburn, J., 233
Sanchez, A. L., 109, 440, 453
Sanders, T., 501
Sandler, C. X., 262
Sandler, I. N., 188, 261
Sandler, M., 181
Santaella-Tenorio, J., 220
Santos, J., 360
Sanyal, D., 359
Sareen, J., 66, 103, 121, 143, 144, 150, 151, 153, 155, 174, 203, 365
Sarkar, S., 132
Saunders, J. B., 320
Savage, D., 436
Savino, A. C., 238–239
Savin-Williams, R. C., 347
Sawni, A., 261, 262
Schadenberg, A., 229
Schat, A., 87
Scheffers, M., 175
Schienle, A., 110
Schiffer, B., 409
Schildkraut, J. J., 205
Schildkrout, B., 92
Schmidt, H. M., 344
Schmidtman, E. A., 54
Schmitgen, M. M., 180
Schneeberger, A. R., 392
Schneider, K. J., 56, 59
Schneider, K. L., 218
Schneier, F. R., 104, 120, 121, 122, 123
Schöttle, D., 390
Schrank, J., 497
Schreiber, F. R., 162
Schreiber, J., 216, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 228, 231, 232
Schroeder, R. A., 65
Schuch, F. B., 182
Schulman, J. K., 359
Schultz, D. S., 78
Schultz, L. T., 103
Schultz, W. W., 343
Schumer, A., 288
Schumm, J. A., 150
Schuster, S., 216
Schwartz, S., 87
Schwartzman, C. M., 128, 131
Schwarz, E. C., 15
Schwedt, T. J., 260
Scott, K. M., 3
Sebastian, R. S., 280
Sebert, K. R., 279
Seelman, K. L., 358, 359
Seeman, M. V., 375
Seery, M. D., 200
Segal, Z., 58, 110, 195
Seibel, B. L., 359
Seiden, R. H., 230
Seidman, L. J., 379
Seitz, D., 474
Seligman, M., 28, 59, 191, 192
Seligman, M. E. P., 16, 17, 191
Selkoe, D. J., 485
Selling, L. S., 8, 10
Sendler, D. J., 354
Sergeant, S., 16
Seto, M. C., 353
Sevarino, K., 300, 321, 322
Severance, C., 511
Shafi, A. M., 199
Shain, M., 227
Shalev, A. Y., 148, 156
Shapiro, F., 154
Shapiro, J. R., 287
Sharf, R. S., 53, 97, 105
Sharif, H., 345
Sharpe, M., 242, 244, 246, 248
Shaw, H., 30
Shaw, I. A., 95
Shaw, K., 271, 417
Shaw, R. J., 246
Sheerin, C. M., 149
Sheidow, A. J., 447
Sheikh, K., 367
Sheldon, P., 61
Shenassa, E., 218
Sheng, C., 486
Shenk, D., 481–482
Shepherd, J., 11
Sher, J. K., 314
Sheras, P., 64
Shergill, S. S., 367
Sherry, A., 428
Sherva, R., 484
Sheynin, J., 149
Shi, M., 430
Shi, P., 179
Shifren, J. L., 330, 331, 332, 338, 342, 343, 344, 346
Shin, Y. C., 177
Shinba, T., 111
Shiner, R. L., 413
Shipherd, J. C., 359
Shire, S. Y., 460
Shneidman, E., 212, 214, 218, 219, 234
Shrivastava, P., 257–258
Shulman, S., 69
Shuttleworth-Edwards, A. B., 86
Siahpush, M., 253
Sibley, M. H., 451, 453
Sicile-Kira, C., 456
Sidibe, G., 288
Sidran Institute, 148
Silbersweig, D. A., 368
Silk, J. S., 440
Silva, C., 223, 224
Silverman, M., 398, 411
Silverman, S., 448
Simeon, D., 169
Simkin, P., 259
Simmon, J., 135
Simon, G., 174, 183, 184
Simon, T., 85
Simonton, D. K., 204
Simpson, H. B., 121, 128, 131, 132
Sinclair, I., 447
Singal, J., 408
Singh, G. K., 253
Singleton, C., 508
Sinrod, B., 135
Sinyor, M., 232
Siris, S. G., 369
Sizemore, C. C., 162, 163, 165
Skinner, B. F., 49
Skodol, A., 214, 398, 401, 402, 403, 404, 409, 411, 412, 414, 415, 422, 423, 425, 426, 427, 428, 432, 513
Slater, M. E., 313
Sleboda, P., 82
Sloan, D. M., 274
Sluhovsky, M., 8, 9
SMA (Selective Mutism Association), 439, 449
SMA (SurveyMonkey Audience), 419
Smallwood, R. F., 321
Smart, E., 499, 500
Smith, A., 122
Smith, A. J., 8
Smith, A. M., 460, 510
Smith, A. N., 319
Smith, B. L., 192, 427, 459
Smith, K., 14, 15, 390
Smith, L. A., 8
Smith, M. L., 96
Smith, S. J., 313
Smith, T., 63
Smith, T. W., 17
Smith, Y., 382
Smolek, T., 484
Smyth, J. M., 261
Snyder, B. L., 164
Snyder, W. V., 56–57
Soares, W. B., 478
Soares-Weiser, K., 386
Sobell, L. C., 323
Sobell, M. B., 323
Sofin, Y., 321, 322
Sokolowska, J., 82
Solar, A., 391
Soler, J., 54
Soliman, M., 391
Soloff, P. H., 219, 411, 412
Solomon, G., 488
Sommer, I. E., 368
Sommers-Flanagan, J., 75, 76, 77, 88
Song, Y., 430
Sood, M. R., 448, 449
Soole, R., 225
Sotgiu, I., 189
Southwick, S. M., 152
Soyka, M., 299
Spadt, S. K., 340
Spagna, A., 366
Spanton, T., 379
Sperry, L., 402, 404, 410, 414, 417, 420, 422, 424, 425
Sperry, S. H., 87
Spiegel, D., 163
Spiegler, M. D., 383
Spielmans, G. I., 184
Spirito, A., 230
Spitzer, R., 27, 36

Spitzer, R. L., 129, 191, 243, 293–294, 334, 342
Spitzmueller, M. C., 382
Spizzirri, G., 357
Spoelder, M., 314
SPRC (Suicide Prevention Resource Center), 217
Springen, K., 47
Springsteen, B., 174, 201
Stack, S., 215
Stahlberg, O., 447
Stam, H. J., 384
Stamberg, S., 11
Stamm, T. J., 95
Stanley, I. H., 230
Stanton, K., 418
Stanton, M., 61–62, 64
Starcevic, V., 134, 426
Starr, T. B., 281, 289
Starrels, J. L., 302
STAT, 302
Statista, 144, 390
Statistic Brain, 202
Steadman, H. J., 498
Steele, I. H., 226, 228
Steffen, P. R., 58
Stein, C. H., 15
Stein, M. B., 122, 153
Steinglass, J., 283, 286
Steinmetz, K., 359
Stekel, W., 354
Stephens, S., 353
Stern, A., 414
Stern, A. M., 12
Sternberg, R. J., 461
Stevelink, S., 144
Stevens, J. P., 302
Stewart, J. G., 226
Stewart, O., 215
Stewart, R. E., 95
Stewart, T. M., 271
Stibich, M., 333
Stice, E., 275, 286, 290, 291
Stickel, F., 315, 316
Stickley, A., 224
Stiles, J., 37
Stinchfield, R., 92
Stirling, R., 70
Stitzer, M., 320
Stock, A. K., 306, 307
Stolbach, A., 300, 301
Stone, J., 242, 244, 246, 248
Stone, M. H., 355
Stovall, J., 178, 203, 205, 206, 207, 389
Strada, E. A., 262
Strain, E., 300, 301, 303, 319, 321, 322
Strassberg, D. S., 348
Street, A. E., 151
Strober, M., 284, 285
Stroup, T. S., 385, 386
Stubbs, B., 182
Stunkard, A. J., 272
Sturmey, P., 462, 466
Stürup-Toft, S., 393, 503
Su, M., 386
Suchowersky, O., 487
Suler, J., 77
Sullivan, E. M., 220
Sullivan, H. S., 130
Sun, F. K., 205, 231
Sun, Y. R., 207, 218
Sundram, F., 219
Suppes, T., 201, 202, 207
Surawy, C., 54
Sushma, C., 10
Sutton, P., 467
Svartberg, M., 422, 424
Swami, V., 273
Swanson, J., 502
Swanson, S. A., 227
Swartz, H. A., 196
Swartz, M. S., 383
Swearer, S. M., 436
Sweeney, M. D., 483
Swift, A., 401
Swift, T., 370
Swinson, R., 117, 118
Sysko, R., 270, 272, 274, 289, 290
Szalavitz, M., 122
Szasz, T., 4, 387
Szecsi, N., 466

Tabas, L. J., 504
TACA (Talking About Curing Autism), 454, 504
Tackett, J. L., 413
Takeda, A., 283
Takenaka, M. C., 257
Tallis, F., 108
Tan, J. X., 446
Tandon, S., 278
Tang, W., 132, 133
Tangpricha, V., 356, 358, 359
Tanzilli, A., 420
Tarasoff, T., 513
Tarquinio, C., 156
Tarsy, D., 385, 386
Tartakovsky, M., 371
Tartaro, J., 144
Tasca, G. A., 287
Tashakova, O., 285
Taubert, J., 510
Tavaragi, M. S., 10
Tavares, I. M., 339
Taycan, O., 176
Taylor, A., 445
Taylor, B., 146
Taylor, E. A., 298
Taylor, F. R., 251
Taylor, L. E., 458
Taylor, L. K., 407
Taylor, M. A., 4
Taylor, S., 460
Taylor, W. D., 474
Ten Have, M., 16
Tenke, C. E., 74
Teo, A. R., 61
Tetrault, J. M., 297, 298
Thackray, A. E., 282
Thalmayer, A. G., 516
Thapa, S., 298
Thevasagayam, M. S., 240
Thibaut, F., 348, 349, 350, 351, 353, 355
Thigpen, C. H., 21, 162
Thomas, J., 513
Thomas, J. J., 281
Thomas, T. N., 358
Thomasson, E., 229
Thompson, D. F., 441
Thompson, J. K., 277
Thompson, N. J., 150
Thompson, S., 106, 182
Thompson-Brenner, H., 287
Thompson-Hollands, J., 409
Thomsen, D. K., 429
Thornton, L., 216
Thornton, L. M., 278
Thorsteinsson, E. B., 326
Thurston, M. D., 51, 52, 121, 123
Tietze, K. J., 299
Tight, M., 21, 22
Tiihonen, J., 385, 386
Tingle, J., 506
Tint, A., 467
Tofler, G. H., 251, 253, 260
Tomek, S., 408
Tomes, N., 339
Tondo, L., 381
Tone, E. B., 438
Topper, M., 110
Torales, J., 134
Torrey, E. F., 15, 392, 393
Toth, S. L., 448
Town, J. M., 47
Treasure, J., 275, 276
Trotter Davis, M., 302
Trucco, E. M., 318
True, W. R., 149
Trull, T. J., 417, 428
Tsai, T. H., 480
Tse, P. S., 176
Tsoukas, A., 429
Tsuang, M., 125
Tsui, P., 242, 247, 248
Tu, N. D., 448, 449
Tucker, P., 146
Tuke, W., 10
Tull, M., 144, 148
Tune, L. E., 479
Turkle, S., 19, 190, 419
Turner, D., 349
Turner, D. S., 306
Turner, E. H., 184
Twenge, J. M., 429
Twining, R. C., 458
Twohig, M. P., 195
Tyrrell, M., 156

Udesky, L., 185
Uher, R., 365, 371, 374, 375
Uliaszek, A. A., 425
Ulrich, R. S., 261
UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 437
United Nations, 477
Unützer, J., 473, 474, 475
Upshur, C. C., 323
Urcuyo, K. R., 258
Ursano, R. J., 151
U.S. Attorney, 496
U.S. Census Bureau, 16, 66, 228, 254, 472, 474, 477
U.S. Department of Justice (DOJ), 445
Usami, M., 28
USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services), 437
USDVA (U.S. Department of Veteran Affairs), 151, 156
USGS (U.S. Geological Survey), 144

Vadini, F., 218
Vahia, I. V., 377
Vahia, V. N., 377
Vakil, N. B., 249
Vaknin, S., 410
Valbak, K., 288
Valenstein, E., 384
Valentine, S. E., 359
Vall, E., 289
Vallarino, M., 443
Vallejos, M., 378
van den Noort, M., 186
van der Kruijs, S. M., 166
van Dierman, L., 185
van Duijl, M., 169
Van Durme, K., 279
van Geel, M., 225
van Gogh, V., 207
Van Hay, T., 5
Van Hecke, A. V., 456
van Lankveld, J. J. D. M., 342
Van Meter, A. R., 443
van Spronsen, F. J., 465
VanBergen, A., 163, 166
Vance, S. R. Jr., 359
Vaquero, L., 316, 317
Vasquez, K., 67
Vasquez, M. J. T., 509, 512, 513, 518, 519
Vasterling, J. J., 144
Vater, A., 418
Vaughn, M. G., 407
Vazquez, K., 103
Vedel, A., 429
Vellante, F., 204
Venant, N., 216
Verano, J. W., 7
Verschuere, B., 83
Vetter, H. J., 366
Vicianova, M., 83
Vieira, K. F., 182
Vieta, E., 207, 208
Virdi, S., 507
Vitali, D., 59
Vitelli, R., 220
*Vittana*, 103
Vittengl, J., 183
Vogel, J., 83
Vogt, D. S., 155
Volkow, N. D., 315, 316, 317
Völlm, B., 82
Volmer, J., 429
Voltaire, 382
Volz, K., 159
von Hahn, L. E., 449, 463
Voon, P., 302
Vos, J., 59
Vuori, M., 446

Wade, K. A., 509
Wade, T. D., 289
Wagstaff, 250
Wakefield, A. J., 91, 458
Wald, L. M., 341, 347
Waldinger, M. D., 345
Walentynowicz, M., 243
Walker, D. M., 316
Walker, E. F., 378
Walkup, J. T., 440
Wallander, J. L., 460
Walsh, B. T., 283
Walsh, E., 377, 393
Walsh, E. C., 53
Walsh, R., 180
Walton, E. L., 486
Walton, J. L., 143
Wang, M., 105, 191
Wang, P. S., 102, 103, 121, 124, 143, 178
Wang, Q., 310, 311
Wang, S., 185, 200, 373, 385
Wang, S. S., 185
Wang, S. W., 86
Wang, X., 7, 374
Wang, Y. G., 224, 378, 389, 440, 479
Warburton, W., 413
Ward, G., 17
Washington, K., 351
Waters, F., 375
Watkins, E. R., 191
Watson, J. B., 116
Watson, P. J., 156
Watterson, R. A., 103, 121
Waugh, M., 430
Way, M. J., 316
Wayne, T., 480
Webb, J. B., 288
Weber, B., 162
Weber-Goericke, F., 111
Webster, M., 488
Webster-Stratton, C., 446
Wechsler, H., 297
Weck, F., 248
Wedding, D., 95, 513, 518
Weeks, D., 5
Weersing, V. R., 441
Weigold, M., 419
Weiner, A., 348
Weiner, I. B., 79, 80, 81, 82
Weis, J., 239
Weishaar, M. E., 417, 422, 426
Weisman de Mamani, A., 377, 389
Weiss, D. E., 135
Weiss, F., 315
Weiss, K. J., 507
Weisskirch, R. S., 348
Weissman, L., 458, 459
Weissman, M. M., 174, 178
Weitzman, C., 299
Wek, A., 281
Wells, A., 108
Wells, G. L., 510
Wen, T., 83
Werbart, A., 48
Weremowicz, S., 464
Werner-Seidler, A., 189, 196
Wertheimer, A., 222
Wesselhoeft, R., 441
West, A. E., 150
West, R., 103
Westermeyer, J., 81
Weyer, J., 9
Whalen, D. J., 438, 441
Wheaton, M. G., 426
Wherry, J. N., 442
Whilde, M. R., 428
Whitaker, R., 12, 184, 380
Whitbourne, S. K., 419, 429
White, D., 500, 501
White, P., 78, 515
WHO (World Health Organization), 174, 178, 199, 215, 250, 305, 326, 364, 377, 475
Wichstrom, L., 444
Widiger, T. A., 417, 418, 424
Wieczner, J., 54
Wiederhold, B. K., 348
Wiener, J. M., 491
Wilens, T. E., 314
Williams, J., 185, 196, 282
Williams, L. M., 39, 111
Williams, N. J., 7
Williams, P., 400
Williams, R., 212, 219
Williams, T. M., 175
Williamson, D. A., 271
Williamson, W., 509
Wilson, B. D., 256
Wilson, J., 408
Wilson, K. R., 87
Wilson, L. C., 445
Wilson, P. W. F., 251
Wilson, R. S., 489
Wilt, J., 430
Wiltsey-Stirman, S., 95
Wincze, J. P., 338
Winegard, B., 408
Winehouse, A., 313, 315, 319
Winkelman, J. W., 473
Winston, D., 54
Winter, S., 356
Wirtz, A. L., 359
Wise, E. H., 514
Wisehart, D., 114
Wisner, K. L., 372
Witcomb, G. L., 359
Witt, K., 218
Witthöft, M., 243, 246
Wittkowski, H., 240
Wixted, J. T., 510
Wohltmann, J., 480
Wolberg, L. R., 46
Wolfe, D. A., 443, 444, 445, 448
Wolfson, D., 85
Wolk, D. A., 472, 481, 482, 484, 485, 487
Wolniewicz, C. A., 122
Wolpe, J., 117
Wong, J. P. S., 227
Wong, M. M., 225
Wood, J., 83, 166, 174
Woodside, D. B., 280
Woolf, V., 204
Worchel, S., 64
Wright, A. G. C., 314
Wright, A. J., 77, 86
Wright, C. B., 384, 486
Wylie, K. R., 354
Wylie, R. A., 354

Xiang, X., 18
Xiao, J., 502
Xie, W., 165
Xu, J., 457
Xu, W., 371

Yaden, D. B., 16
Yager, J., 284, 285
Yakeley, J., 407
Yalom, I. D., 58, 59
Yang, H., 23
Yang, W., 97
Yao, Z., 111
Yaser, A., 152
Yates, A., 372

Yates, G., 240
Yates, G. P., 239
Yazdi, K., 25
Yazdi, M., 325
Yeats, W. B., 276
Yehuda, R., 148, 149
Yom-Tov, E., 277
Yontef, G., 57
Yoon, E., 66
You, J., 258
Young, G., 149, 326
Young, J. E., 195
Young, K. S., 122
Young, M. E., 77
Ystrom, E., 315
Yu, W., 378
Yu, Y., 278, 279, 389, 429
Yuenyongchaiwat, K., 253
Yusko, D., 211

Zadra, A., 47
Zaejian, J., 502
Zafar, S., 486
Zajonc, R., 462
Zalsman, G., 233, 234
Zanarini, M. C., 410
Zandersen, M., 410
Zannas, A. S., 150
Zarbo, C., 96
Zarzar, T., 391
Zeigler-Hill, V., 429
Zemore, S. E., 323
Zerbe, K. J., 270, 272, 280, 283
Zerwas, S., 286
Zeschel, E., 204
Zetterberg, H., 486
Zhang, W., 165
Zhang, X., 97, 218, 475
Zhao, Y., 371
Zheng, F., 485
Zheng, L., 65
Zhihui, Y., 476
Zhou, E. S., 347
Zhou, S. G., 192, 197
Zhu, Q., 386
Zilboorg, H., 9
Zimbardo, P., 376, 518
Zimmerman, M., 402, 416, 418, 424
Zucker, K. J., 357
Zucker, R. A., 317, 318
Zunker, C., 272
Zwicker, A., 365, 371, 374, 375

# Konu Dizini

"Not: Sayfa numaraları sonundaki F ve T harfleri, sırasıyla Figür ve Tablo kelimelerine karşılık gelmektedir."


5-HTT geni, 178
A tipi kişilik tarzı, 253
ABAB deseni29-29
Above the Influence 324-325
Aç bırakma çalışması, 267, 267f, 271 Koşula bağlı öğrenme, 165, 165f
Açık içerik 47
Açık yıkıcı olmayan örüntü, 445
Açık yıkıcı örüntü, 444–445
Adli psikoloji, 496, 502f
Adrenal bezler 38
Adrenal korteks , savaş-kaç tepkisi 142, 142f
Adrenokortikotropik hormon (ACTH) 142
Adsız Ebeveynler, 442
Adsız kokainmanlar 323
Adsız Kumarbazlar, 325–326
Adsız Narkotikler, 323
Agorafobi için ev temelli kendine yardım programı, 120
Agorafobi 102, 115
tedavisi 119-120
yaygınlık 103t
Ağır zihinsel gerilik, 464
Ağırlık
damgalama, 179–180
genetik, 278
yeme bozuklukları, 268f, 272
Ağırlık termostatı, 278–279
Ağrı
cinsel bozukluklar, 340
esrar, 311–312
gelir, 247
hipnoz, 260–261
kronik
opioid salgını, 302
öğrenilmiş, 246f
tedavide biofeedback, 260
AIDS 301
Aile destek grupları, 389
Aile sistemleri kuramı, 61-62
Aile sistemleri terapisi, 63–64
Aile soyağacı çalışmaları, 110
Aile stresi, 377–378
Aile terapisi, 63–64
akut ve travma sonrası stres bozuklukları, 155
anoreksiya nervosa, 285
bağımlı kişilik bozukluğu, 425
çocukluk depresyonu, 441
enkoprezis, 449
enürezis, 448
şizofreni, 389
Aile terapistleri, 19
Aile uyumu, 136
Ailede psikoeğitim programları, 389
Ailelerde kopma, 62
Aile-sosyal kuramı, 60–65
aile yapısı ve iletişim, 61-62
depresyon tedavisi, 195–197
depresyon, 195–197
diğer modellerle kıyaslama, 69t
madde kullanımı, 322–323
sosyal bağlantılar, 62
sosyal etiketler ve roller, 60–61
tedaviler, 62–65
Ailevi faktörler
davranım bozukluğu, 445
şizofreni, 377–378
yeme bozukluğu, 280–281
zihinsel engellilik, 462
Akıl hastalığı savunma 496, 497–501
cinsel suçluların statüleri 501–502
dile getirilen endişeler 498–500
mevcut diğer kararlar 500–501
ünlü vakalar 499
Akıl Hastalıkları Ulusal İttifakı, 393
Akıl hastaneleri (Asylum) 9-10
insani tedaviler ve reformlar 10-11
Akıl hastaneleri 381–382
Akıl hastaneleri 504
Akıl sağılığının ekonomisi
ruh sağlığı hizmetleri 515–516 Ecstasy, 308, 314f
yasal ve etik konular, 515–516
Akılcı duygu terapisi, 109
Akran değerlendirme sistemleri, 516
Akran grupları, madde kullanımını önlemede, 324–325
Aksonlar 37-38, 38f
Akut stres bozukluğu 139, 142-156
biyolojik faktörler 148-149
çocukluk deneyimleri 150
kişilik stilleri 150
tanımı 142
Alan çalışmaları, 91
Al-Anon 323
Algılan yük, 223–224, 228
Algısal bozulmalar, 275
şizofreni, 365–368, 366–368, 368f, 375–376
Alkol kullanım bozukluğu 295, 296-299
cinsel istek 331-332
İleri yaşlarda 476, 478
intihar 219
İtici uyaranla terapi 319-320
kötüye kullanımın riskleri ve sonuçları 304 t
nüks önleme eğitimi 320, 321
spor 298
alkol 295-296
alkol 295-296
Alkol 295-299
adsız alkolikler 322-323
alkol dehidrojenezi 296
alkol intoksikasyonu 294
antagonist ilaçlar 321-322
Alkolün metabolizasyonu 296
Aloji 368
Alprazolam (Xanax) 111
kötüye kullanımı 299
panik bozukluk 126
Alt kişilikler, 161–162
tamamlama, 168
Alt kişilikler 161-162
Alt kişiliklerde kaynaşma, 168
GABA (gamma-aminobutyric acid), 111, 295
madde kullanımı, 316
yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar, 299
Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (CAM), 182
Alzheimer bozukluğunda diencephalon, 485
Alzheimer hastalığı
1950'lerdeki reformlar 382–383
cezai sorumluluk 498–500f
entelektüel yetersizlik 466
geçmişte 381–382
hasta hakları 506–508
için kurum bakımı 490
suçlu deliler 503
zorunlu tedavi 504–506
Alzheimer hastalığı 471-472, 480-490
beyin yapıları 484-485, 485f
biyokimyasal değişimler 485
değerlendirme ve yordama 486
erken başlangıçlı 484
genetik sebepleri 483-484
tanı 481t
tanımı 480
yaygınlığı 480-481
Alzheimer hastalığı 483-485
Alzheimer hastalığına sebep olan 485-486
Alzheimer hastalığında otoimmün kuramı 486
Alzheimer hastalığının viral kuramı, 486
Alzheimer hatsalığında proteinler, 483
Amenorea 268, 372
Amerikan Hukuk Enstitüsü testi 497
Amfetamin 306-307
Amigdala 37
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 149
Alzheimer hastalığında 485
depresyonda 180, 180f
korku döngüsü 111
panik bozuklukta 125
Amnezi disosiyatif 157-160
Ana akım 466f
Ana patoloji, 276, 283
Anadamid, madde kullanımı 316
Anal dönem 45, 130
Analog deneyler 28
Analog gözlemler 86-87
anatomisi 37, 37f
Aneztezi altında bellek 164
Anhedoni 175
Ani bebek ölümü sendromu, 240
Ani ölüm, 255f
Anksiyolitkler 40, 299
Anomi 223
Anomik intihar 223
Anoreksiya nervosa 29, 266-268
akıbeti 285-286
bulimia nervosa vd 272
tanısı 266t
tedavi 283-286
ters anoreksiya nervosa 282
web siteleri 277
Anoreksiya nervosa-sınırlayıcı tip, 266
Geriye dönük analiz, 215
anormal davranışın kimyası 37-38, 38f
anormal davranışta döngüler 38-39
Anormal psikolojisi, 2
20 yüzyıl başlarındaki görüşler ve tedaviler 11-14

araştırmalar 21-32
bilişsel-davranışçı model 36, 48-55
biyolojik model 37-40
gelişimsel psikopatoloji perspektifi 36, 68-70
güncel trendler 14, 20
insancıl-varoluşçu model 36, 55-60
psikodinamik model 36, 43-48
tanımı 2
yaratıcılık 204
anormalliğin kaynakları 39-40
Antabus 321-322
Antagonist etkiler 312
Antagonist ilaçlar 321-322
Antiandrojenler 349, 352
Antibipolar ilaçlar 40, 42, 206-207
Antibodiler 257
Antidepresan ilaçlar 14, 40
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 153
beden dismorfik bozuklukta 135
bulimia nervosada 288-289
etkililiği 184
hastalık ve kaygı bozukluğu 249
ileri yaşta 475
konversiyon ve bedensel belirti bozukluğunda 247, 248
obsesif kompulsif bozuklukta 132-133
panik bozuklukta 125-126
yeme bozukluğunda 276-277
antidepresanlar 440, 441-443
beden memnuniyetsiziliği 273
davranım ve karşıt gelme bozukluğu 444-448
depresyon ve bipolar bozukluk 440-443
endişe 436
intihar 226-228, 441-442
kaygı bozuklukları 438-440
klinik ilgi 436-437
nörogelişimsel bozukluklar 449
yaygın bozukluklar 434-436
yeme alışkanlıkları 280
zorbalık 437
Antijenler 256
Antik yunan, 8
Antikanksiyete ilaçları 14, 40
İleri yaşlarda kaygı bozuklukları için 476
Antipsikotik ilaçlar 14, 42
birinci nesil 373
ikinci nesil 373
ileri yaşta kötüye kullanımı 476, 478
yan etkileri 42
yaygın kaygı bozukluğu için 112
Antisosyal kişilik bozukluğu ve şiddet 505
ApoE (apoliprotein E) geni 484
Apomofrin ve cinsel istek 332
Araştırma , 21–32
alternatif desenler, 27–29
deneysel yöntem, 25–27
etik, 512
hayvan hakları, 21
intihar, 215
katılımcıları korumak, 30–32
kişilik bozuklukları, 427–428
klinik, 21–22
korelayonel yöntemler, 23–25
sosyal medya, 31
suç örüntüleri, 510–511
tanıklık, 509–510
vaka çalışmaları, 21–22
yasal konular, 509–511
yöntemin güçlü ve zayıf yönleri, 24t
Araştırma Alan Ölçütleri( Research Domain Criteria-RDoC), 92, 93
Araştırma Etik Kurulları (AEK) 30–32
Aricept (ilaç) 487
Asetilkolin 485, 487-488
Asgari ücret 508
Aşırı uykululuk bozukluğu 252
Askeri servis
çocuklarda depresyon 441
stres bozuklukları 139–140, 143, 144, 153–154
Asperger sendromu 92
Astım 250
Aşağı doğru sürüklenme kuramı, 365
Draamtik kişilik bozuklukları, 405–420
antisosyal, 405–410
histrionik, 415–417
narsissistik, 417–420
sınırda, 410–415
Aşılar, otizm, 458
Aşırı genelleme, 50
Aşırı koruyucu ebeveynlik, 136
Ataques de nervios 103
Atıf-çaresizlik teorisi 191-192
Atometxetine 184
Atrofi 242
Avanafil 344, 345
Avatar terapi 63, 517
Ay, lunatik, 10
Ayakta tedavi, 500, 504
Ayakta terapi, 13, 15–16
Ayrılma güvensizliği, 430–431
Ayrımcılık, 254f
madde kullanım bozukluğu, 313
yaşlanma, 491-492
Azalmış kapasite, 500–501
B tipi kişilik tarzı, 253
Bağımlı değişkenler, 25
Bağımlı kişilik bozukluğu, 398, 411t, 423–425
Bağımlılık bozuklukları
cinsellik 347
internet 326, 517
oyun oynama 92, 295, 325-326
psikoterapinin dahil edilmesi 207-208
Bağımlılık gereksinimi, 14
Bağımsız değişkenler 25
Bağışıklık sistemi
depresyon 180
psikonöroimmünoloji 256-258
şizofreni 365, 376–377
Bağlam ve sapma 3, 4
Bağlantısallık 39, 180, 278
antisosyal kişilik bozukluğu, 409
dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 452
otizm spektrum bozukluğu 457-458
sınırda kişilik bozukluğu 412
şizofreni 374
Bakım evleri, 491-492
ilaç kötüye kullanımı, 478
Bakım merkezleri, 391
Bakımveren desteği 489-490
Barbitüratlar 112
Basal ganglia 37
elektrokonvulsif terapi 185
kötüye kullanım 112
Baskılayıcı baş etme, 253
Baskılayıcı çevre ve intihar , 218
Baskın ağrı örüntüsü, 243–244
Bastırılan anılar, 159
Bastırma, 43, 44t, 218, 244
Hatalı bellek sendromu.159
Baş etme stilleri
Akut/ travma sonrası stres bozukluğunda, 150
baskılayıcı, 253
madde kullanım bozuklukları, 320–321, 320f
psikonöroimmünoloji, 257
Baş Etmeyi Güçlendirme Programı, 447
Başağrıları, 250–251
biogeribildirim, 260
çocukluk depresyonu, 441 depresyon, 176
Beck Depresyon Envanteri 82
Bedavaya Sarılma, 60f
beden algısı ve anoreksiya nervosa 267-268
yeme bozuklukları 282
beden dismorfik bozukluk 134
Beden Projesi 290-291
Beden utanma 288
Bedensel belirti bozukluğu, 238, 241, 242–248
nedenleri, 244–247
tanı koyma, 243t, 244
tedavisi, 247–248
Bedensel illüzyonlar 403
Bedensel memnuniyetsizlik 273
Bedensel uyarımların yanlış yorumlanması 126-127
Beden-zihin ikiliği 238
Bedlam 10
Beklenti içermeyen zevk, 343
Belirsizliğe tahammülsüzlük kuramı 108-109
Bender Görsel Motor Testi, 85
Benzodiazepin 111, 112t
ileri yaştaki kaygı bozukluklarında 476
kötüye kullanımı 299
panik bozukluklarında 126
Besin
alkol kullanımı, 298–299
enkoprezis, 449
entelektüel yetersizlik, 463
Beslenme rehabilitasyonu, 283, 286
Beta-amiloid proteini 483, 484, 485
Beta-amiloid takipçi proteini (beta-APP) 484
Betlehem hastanesi 10
Beyin döngüleri 38-39
anormal davranış 38-39
antisosyal kişilik bozukluğu 409
kaygı 110-221
Beyin felci 185
Beyin tarama yöntemleri 84-85, 85f
intiharda 224
Beyin uyarımları 40
Beyin ve akut ve travma sonrası stres bozukluğu 148-149
yaşlanma 485f
Beyin-beden stres yolları 148-149
Bezler, 140–141, 142f
B-hücreleri 257
Bırakma, 255f
Biçimsel düşünce bozukluğu, 366
Bileşik terapiler, dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu, 453
Bilgilendirilmiş onam 30
Bilimsel yöntem, 21
Bilinç, 44
Bilinçli alt kişilikler 161
Bilinçlilik, 430
Bilişsel belirtiler, depresyon, , 175–176
Bilişsel belirtiler, depresyon, , 175–176
Bilişsel bozukluklar 479-490
ileri yaşta 473

Bilişsel envanterler, 82
Bilişsel envanterler, 82
Bilişsel işlemleme terapisi, akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 153
Bilişsel işlemleme terapisi, akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 153
Bilişsel rehabilitasyon, 387
Bilişsel rehabilitasyon, 387
Bilişsel terapi, 193–195
Bilişsel terapi, 193–195
Bilişsel üçlü, 189–191
Bilişsel üçlü, 189-191
Bilişsel ve algısal düzensizlikler 431
Bilişsel ve davranışçı model 19, 36, 48-55
agorafobi 119-120
akut ve travma sonrası stres bozukluğu 153-154
antisosyal kişilik bozukluğu 407, 409
bağımlı kişilik bozukluğu 424
bilinçli farkındalık teknikleri 53, 54
bilişsel boyutlar 50-52
bilişsel-davranışçı etkileşim 51-52
bulimia nervosa 286-287
davranışsal boyutlar 49-50
değerlendirme 52-55
depresyon 188-195
diğer modellerle kıyaslama 69t
disosiyatif bozukluklar 165
enürezis 448
hastalık kaygı bozukluğu 248-249
histerik kişilik bozukluğu 417
kaçıngan kişilik bozukluğu 422
konversiyon ve belirti ""belirti bozukluğu 246
madde kullanım bozukluğu 314-315
narsisistik kişilik bozukluğu 418-419
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu 426
OKB 130-132
panik bozukluk 126-127
şizoid kişilik bozukluğu 402
yaygın kaygı bozukluğu 107-110
yeme bozuklukları 276
Bilişsel yeniden yapılandırma, konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247
Bilişsel yeniden yapılandırma, konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247
Bilişsel-davranışçı terapiler
Alzheimer ve nörogelişimsel bozukluklar 489
anoreksiya nervosa 283-284
antisosyal kişilik bozukluğu 409-410
bağımlı kişilik bozukluğu 425
çift terapisi 64-65
çocukluk dönemi kaygı boz 440
depresyon 192-195
dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu 453
enkoprezis 449
enürezis 448
histerik kişilik bozukluğu 417
ileri yaşta kaygı bozuklukları 476
kaçıngan kişilik bozukluğu 422-423
narsisistik kişilik bozukluğu 420
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu 426
okb 420
otizm spektrum bozukluğu 458-459
paranoid kişilik bozukluğu 400-401
sınırda kişilik bozukluğu 414-415
Biobelirteçler 486
Biopsikososyal kuramlar 68
Bipolar bozukluk 201-208
belirtileri 201-202
Bipolar bozukluk I 203
Bipolar bozukluk II 203
destekleyici psikoterapi 207-208
ilaç tedavisi 206-207
ilaç terapisi 40, 42
ileri yaşta 475
nedenleri 204-205
tanı koyma 202-204, 203t
tanımı 174
tedavisi 206-208
yaratıcılık 204
bipolar bozukluk 205
Bir insan çiz testi (DAP), 79
Biriktirme bozukluğu, 133, 133f
Birinci nesil antipsikotik ilaçlar, 373
Birincil kazanç, 245–246
Birincil önleme, 65
Biyogeribildirim 259-260, 260f, 262
Biyolojik model 11-12, 19, 36-37-42
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 148-149
değerlendirme 42
depresyon 177-187
diğer modellerle karşılaştırma 69t
obsesif kompulsif bozukluk 131-133
yaygın kaygı bozuklukları 110-112
yeme bozuklukları 277-279
Biyolojik zorlama testleri 126
Biyolojiki terapiyi reddetme hakkı 507
Boşalma
erken, 336–337
gecikmiş, 337–338
Boşanma oranları, 65
Botoks 345
Boylamsal çalışmalar 29
Boyutsal yaklaşım, 398–399, 430-432
Bozuk düşüme
Anorexia nervosa, 267–268
Pedifli bozukluğu disorder, 353
Bozukluğu, 177, 443t
bozukluklar, 336–340
erken boşalma, 336–337
geç boşalma, 337–338
kadında orgazm bozukluğu, 338–340
Briquet sendromu 243
Broca alanı 368, 368f
Bufrenorfin 322
Bulimia nervosa ve diüretikler, 270
Bulimia nervosa 266, 268-272
anoreksiya nervosa 272
sonrası 289
tedavisi 286-289
telafi davranışları 271
tıkanırcasına yeme 270-271
Buz kırıcılar 3-4
Buzdolabı ebeveynle, 456
Bütünsel davranışçı çift terapisi 65
depresyon 197
Büyüklenme delüzyonu, 366 Demans, 471–472
Büyüklük delüzyonları, 366
Büyüklük, 431
Cadı histerisi, 9
CAT taramaları 85, 85f
Ceazi sorumluluk, 496
delilik ve cezai sorumluluk, 496–501
yargılama yetersizliği, 501–502
Cep telefonları ve kaygı bozuklukları 122
Ceza ve adalet sistemi, 496–508
akli dengesizlik savunması, 496
cezai sorumluluk, 496
cinsel suçların statüleri, 501–502
görgü tanıklığı, 509–510
hasta hakları, 506–508
jüriye danışma 509
suça dair yargılamada akli dengesizlik, 496, 497–501
süç örüntüleri, 510–511
Ceza, 49–50
intihar, 222
yaygın kaygı bozukluğu, 105
Cezai ehliyeti olmama (NGRI), 496
Cezai ehliyeti olmamak 502–503
Charlie Hebdo 146f
Ciddi düzeyde zihinsel gerilik, 464
Ciddi kojenital hipotiroidism, 465
Cilt yolma bozukluğu, 134
cinsel arzu 331-332
Cinsel istismar
bedensel belirti bozukluğu, 243
cinsel arzu, 333
çocuk, 442
disosiyatif amnezi, 158–159
disosiyatif kimlik bozukluğu, 160–161
pedofili, 352–353, 353f
Cinsel kimlik , 329
Cinsel kimlik temelli işlevsellik, 329, 356–360
disfori, 358–360
tanımı, 356
travesti bozukluğu., 351
Cinsel mesajlaşma, 348
Cinsel rahatlama evresi, 330
Cinsel suçlar, 501–502
Cinsel tepkide başlangıç evresi, 330
bozuklukları, 334–336
Cinsel tepkinin orgazm aşaması, 330, 336
Cinsel terapi, 341–347
özel işlev sorunları, 343–346
özellikleri, 341–343
trendler, 347
Cinsel terapide karşılıklı sorumluluk, 342
Cinsiyet değiştirme ameliyatı, 358
Cinsiyet disforisi, 329, 358–360
Cinsiyet farklılıkları
alkol kullanımı, 296, 297
beden memnuiyetsizliği, 273
bedensel belirti bozukluğu, 243
çocuk istismarı, 442
çocukluk/ergenlik dönemi bozuklukları, 438 konversiyon bozuklukları, 242
çocukluk/ergenlik dönemi, 441
depresyon, 174, 198
dikkat eksikliği ve hiperaktivite, 451
enürezis, 448
histerik kişilik bozuklukları, 417
intihar, 215–216, 217f
madde kullanımı tedavisi, 323–324
otizm spektrum bozukluğu, 455
yaşam döngüsü boyunca cinsellik, 333
yeme bozuklukları, 266, 282
Cinsiyet olumlayıcı ameliyatı, 358
Cinsiyet onay ameliyatı, 358
Cinsiyet varyasyonları, 329, 356–360
Cinsiyete duyarlı terapiler, 67
Clueless (film) 281
Computerized axial tomografi (CT or CAT) taraması, 85, 85f
Concerta, 452-453
Crack kokain, 302, 303f, 304
Crank, 306
Creutzfeldt-Jakob hastalığı, 486, 487 Beşik, 9f
CT tarama, 85, 85f
C-tepki proteini (CRP), 180

Çalışan destek programı, 515
Çalışanda entellektüel sıkıntılar, 467f
  çalışma ortamı ve ruh sağlığı, 515
  destek, 391–392
Çalışan taramaları, 77
  poligrafi, 83
Çeviri korteks
  akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 149
  Alzheimer hastalığı, 484–485
  antisosyal kişilik bozukluğu, 409
  depresyon, 180, 180f
  dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 452
  korku döngüsü, 111
  madde kullanımı, 316–317, 317f
  otizm spektrum bozukluğu, 457
  şizofreni, 373–374, 373f
  yeme bozukluğu, 278
Çevresel faktörler
  Alzheimer hastalığı, 485–486
  intihar, 218
  madde kullanımı, 313–314
  yaygın kaygı bozukluğu, 103, 104
  zihinsel engellilik, 462–463
Çıkma becerileri programı, 467
Çift terapisi, 64–65
  akut/ travma sonrası stres bozuklğu, 155
  bağımlı kişilik bozukluğu, 425
  depresyon, 197
Çiftleme , 169
Çiftlemesine maskeli desen, 27
Çinko, Alzheimer hastalığı, 485
Çocuğun istismarı 442
Çocuğun istismarı 442
Çocuk doğurma ve cinsel ağrı bozukluğu 340
Çocuk ıslah merkezleri 445f, 447
  Korsakoff sendromu 299
Çocuk istismarı 145, 442
  bastırılmış veya yanlış anılar 159
  bedensel belirti bozukluğu 243
  disosiyatif amnezi 158-159
  disosiyatif kimlik bozukluğu 160-161
  seri katiller 511
  sınırda kişilik bozukluğu 412
  tanımı 442
  vekaleten Munchausen sendromu 239, 240
Çocuk odaklı tedaviler 447
Çocuk suçlular 445
Çocuk tutukluluğu 445f
Çocuk/ergenlerde kaygının çok yönlü çalışması (CAMS) 440
Çocuklar
  bipolar bozukluk 443
  çocukluk sorunlarının karşılaştırılması 449t
  depresif bozukluklar 440-443
  eliminasyon bozukluklar 448-449
  intihar 225-226
  karşı gelme bozukluğu 444-448
  kaygı bozuklukları 438-440
  nörogelişimsel bozukluklar 449t
  stres, ebeveyn farkındalığı 438f
  yaygın bozukluklar 434-469
  yıkıcı duygudurum düzenleme sorunu 443
  çocuklarda, 443
Çocukluk deneyimleri
  akut/ travma sonrası stres bozukluğu 150, 152
  depresyon 187
  disosiyaif amnezi 158-159
  kadın orgazm bozukluğu 339
Çocuk-merkezli terapi 440
Çok boyutlu risk bakış açısı, 275
Çok kültürlü model, 36, 66–67
  depresyon tedavisi, 199
  depresyon, 197–199
  diğer modellerle karşılaştırma, 69t
  dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 453–454
  histriyonik kişilik bozukluğu, 417
  kişilik bozuklukları, 427–428
  konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247
  yaygın keygı bozukluğu, 103, 105
  yeme bozuklukları, 281–282
Çok kültürlü psikoloji, 17, 18
Çok sistemli (Multisistemik) terapi, 446
Çok sonuçluluk, 70, 152
çokkültürlülük 281-282
Çoklu madde kullanımı, 312–313
  Çökme, 304
  D-2 reseptörlerş, 373
  Dağınık çağrışım, 366
Dalga geçme, yeme bozuklukları, 285
Danışan odaklı terapi 55-57
  yaygın kaygı bozukluğu 106-107
Danışmanlar, 19, 19t
Davranım bozukluğu, 444–448, 444t
Davranışsal aktivasyon 193
Davranışsal ketleme 136
Davranışsal tıp 259
Daytop Village, 323
Değer koşulları, 56–57
  Yaygın kaygı bozukluğu, 106
Değerlendirme araçlarının özellikleri 74-75
Değişken, 21
  bağımlı, 25
  bağımsız, 25
  deneysel yöntem, 25–27
  korelasyon, 22–25
  nedensellik, 24–25
Değiştrime, 161
Déjà vu, 164
Deliler balosu 11f
Delirium tremen (DT), 298
Delirium, 479
  halüsinasyonlar, 367
Deluzyonel bozukluk, 364t
  ileri yaşta, 478
Delüzyon (Sanrı), 176, 365–366
  erotomani, 370f
  hallusinojenler, 308
  paraonoid kişilik bozukluğu, 400
  paylaşılmış, 366f
Demografikler, 472, 477
Demonolojik modeli, 36
Dendritler, 37–38, 38f İnkar, 44t
  Deney
  analog, 28
  doğal, 28
  tanımı, 25
  tek vakalı, 28–29
Deneyci yanlılığı, 26–27
Deneyime açıklık, 430

Deneysel gruplar, 25–26
Deneysel yöntem, 21, 25–27
  deneysel gruplar, 25–26
  güçlülük ve zayıflıklar, 24t
  kontrol grupları, 25–26
  maskeli desen, 26–27
  seçkisiz atama, 26
  vaka çalışmaları, 22
Deorganize düşnmıe, 366
Deorganize bağlanma stili, 413
Deorganize konuşma, 366
Depersonalizasyon, 143
Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu, 168–169
  alkol, 295–299
  Baskılayıcılar, 295–303
  opioid, 299–303
Depresif bozukluk , 89–90, 173–209
  bipoar bozuklukla kıyaslama, 178t
  çcouklarda, 440–443
  tanımı, 173
  tek uçlu, 173–174
Depresiflik, 430
Depresyonda gıda takviyeleri, for depression, 182, 184, 184f
  depresyonda, 177
Depresyonun davranışsal belirtileri 175
Depresyonun duygusal belirtileri, 175
Derealizasyon, 143, 168–169
  Cinsel tepkide arzu evresi, 330
  erkekte cinsel istek bozukluğu, 330–334
  kadında cinsel istek/uyarılma bozukluğu 330–334
  tanımı, 330–334
  tedavisi, 343–344
Deri yolma bozukluğu, 134
Deride depolama, 300
Derin beyin uyarımı (DBS), 42, 186, 186f
Destek grupları
  agorafobi, 120
  fiziksel sorunlar, 261–262
  peripartum depresyon, 179
  şizofreni, 389
Destek sistemleri, 61
  depresyon, 195–196
  psikoonöroimmunoloji, 258
  stres bozuklukları, 150
  yapay bozukluk, 239
destek sistemleri 150
Destekleyici tedavi, 391–392
Destekli yaşam ortamları 490
Detoksifikasyon, 321
Devlet hastaneleri, 11, 381–382
Devlet okulları, 466
Dışa atım bozuklukları disorders, 448–449
  enkoprezis, 448–449
  enürezis, 448
    Dışsal atıflar, 191–192
    Dışsal geçerlik
    Dışsallaştıran mizaç, 318
    Dışsallaştırıcı mizaç, 318
    Dialektik davranış terapisi (DBT)
  intihar girişimleri, 231
  sınırda kişilik bozukluğu, 414-415
Diazepam (Valium), 111, 299
Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda longitudinal fasciculus 452
Dil bozukluğu 463
Dilimin ucunda olgusu, 164
Din
  fiziksel sağlık, 254, 257f
  intihar, 215, 22
  madde kullanımı, 314
  psikolojik sağlık, 58
  tarihi anormallik görüşleri, 8–9
Dinamik odak, 47
Dindarlık, 215

çokkültürlülük konuları, 81t, 82
DSM-5, 89–92
potansiyel zarar görme, 92, 94
Sınıflandırma sistemleri, 88–89
Tanı, 88–94
tanımı, 88
Dini mekanlar, 9
Direnç, 46
yaygın kaygı bozukluğu, 106
Disleksiya, 463, 463f
Disosiyasyon, 143
Disosiyatif amnezi, 157–160, 157t
Disosiyatif bozukluklar, 139, 157–170
depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu, 168–169
disosiyatif amnezi, 157–160
disosiyatif kimlik bozukluğu, 160–168
ileri yaşta, 479
kuramlar, 163–166
tanımı, 157
tedavisi, 166–168
Disosiyatif füg ler, 159–160
Disosiyatif kimlik bozukluğu, 21, 22, 157t, 160–168
Distimik sendorm, yineleyen depresif bozukluk, 176–177
Disulfiram, 321–322
Diyet yapma, 282
Diyet yiyecekleri, 182
Doğal afetler
doğal deneyler, 28
strese bağlı bozukluklar, 3, 144, 149f
Doğal deneyler, 28
Doğal gözlemler, 86–87
Doğal öldürücü T-hücreleri, 256
Doğru empati, 56
Doğum kontrol hapları, 345
Doğum kontrol ilaçları 345
Doğum sonrası depresyon 179
Dokunma halüsinasyonları, 367, 368
Dokunma kompülsiyonları, 129
Donepezil, 487
Dopamin
antipsikotik ilaçlar, 385
cinsel istek, 332
dikkat ekskiliği ve hiperkatif bozukluğu, 452
ikinci nesil antipsikotikler, 386
kokain, 303–304
madde kullanımı, 316
MDMA, 314f
OKB, 132
oyun oynama bozukluğu, 325
ödül döngüsü, 317
şizofreni, 371–373
şizotipal kişilik bozukluğu, 404
yaygın kaygı bozukluğu, 112
yeme bozuklukları, 278
Dopamin hipotezi, 371–373, 374
Dopamine-2 (D2) reseptör geni, 316
Dorsett, Sybil, 162–163
Down senddromu, 464
Durham –ABD'ye karşı, 497 Dusky – ABD'ye karşı, 502
Durham testi, 497
Durumlar arası geçerlik, 87
Durumsal cinsel işlev sorunu, 330
Duyarsızlık 464
Duygu dışavurumu, 378, 389
Duygu durum bozuklukları. Bipolar bozukluklara da bakın;
Çocuklarda depresyon, 443
davranım bozukluğu, 445
**yıkıcı duygu durum düzensizliği bozukluğu**, 179, 443t
Duygu durum değişiklikleri
intihar 218–219
Duygu durum düzenleyiciler, 40–42
bipolar bozukluk, 206–207
Duygulanım
Duygular
bedensel belirtiler 247
cinsel terapi, 342–343
dışavurumu, 378, 389
histerik kişilik bozukluğu, 415–417
ifade etme ve fiziksel hastalıklar, 261–262
klinisyenler, 519
LSD, 308
şizofreni, 368, 369
Duygusal değişkenlik 430
Duygusal küntlük 368-369
Düşmanlık 253, 430, 431, 444, 445
ailelerde 378, 389
paranoid kişilik bozukluğu 400-401
Düşük tepkisellik 456
Düşünce değişimleri, intihar, 218–219
Düşünce-eylem kaynaşması, 131
Düşünme
bozulmuş, 267–268, 353
deorganize, 366
hataları, 191
ikili, 218–219, 425, 427
mantıksız, 50
negatif, 189–191, 194
Düşünme hataları, 191 Escitalopram, 184
Düzenlenebilir bakım programları 17, 18, 516
Ebeveyn eğitim programları, otizm spektrum bozukluğu, 460
Ebeveyn yönetimi eğitimi, 446–447, 453
Ebeveynde postpartum depresyon, 200
Ebeveynler ve ebeveynlik stilleri
çocukluk dönemi kaygı bozukluğu, 438
etkili veya etkisiz, 275–276
kaygı bozuklukları, 136
otizm spektrum bozukluğu, 456
şizofrenik anneler, 375
yeme bozukluğu, 275–276
Ebevyn çocuk etkileşim terapisi (PCIT), 86f, 446
Edimsel koşullama, 49–50
anti-sosyal kişilik bozukluğu, 407, 409
izlerlik yönetimi, 320
madde kullanımı, 314–315
marka ekonomisi programları, 382–383
şizofreni, 375
Ego distonik eşcinsellik, 356
Ego savunma mekanizmamaları, 43–44
Ego, 43–44
Egoda sorunlar, yeme bozuklukları, 275–276
Egoistik intiharlar, 222
Egzersiz
anoreksiya nervosa, 268
bilişsel yavaşlama, 489, 489f depresyon, 182, 193, 194
cinsel terapi, 343
ileri yaş, 475f, 492
kilo kaybı, 282
Eidetic imajlar, 164
Ekolali, 455
Eksantrik kişilik bozuklukları, 399-405
paranoid kişilik bozukluğu, 398, 399–401
şizoid kişilik bozukluğu, 401–403
şizotipal kişilik bozukluğu, 398, 403–404
Eksantriklik, 5, 431
Ekstrapiramidal yan etkiler, 385–386
Dışadönüklük, 430
Ekzojen depresyon, 177
Ekzorsizm, 8
Eldiven anestezisi, 242, 242f
Elektra kompleksi, 244, 244f
Elektroensefalogram (EEG), 84, 84f
Elektrokonvulsif terapi (ECT), 41–42, 184–185, 204, 475
red etme hakkı, 507
Elektromiyografi (EMG), 260
Elektronik sigara, 305
En az kısıtlayıcı tesis 508
En eski, 473
Encinsellik, 356
Endişe. Ayrıca baknz Kaygı bozuklukları
çocukluk ve ergenlikte, 436
parçalama, 110
üniversite öğrencileri, 108
üst endişe, 108
Endojen depresyon, 177
Endokrine sistem, 38, 140–141, 142f
Endorpinler, 300
madde kullanımı, 316
opioid antagonistler, 322
Enkoprezis, 448–449
Ensefali, 466
Entelektüel işleyiş 460-461
Entelektüel yetersizlik 460-468
bu kişiler için müdahaleler 466-467
ılıman 462–463
ileri düzey 464
orta 463–464
özellikler 462
tanı 461f
tanım 460
uyumsal işlevsellik 461–462
zeka değerlendirmesi 461
**Entellektüalizasyon 44t**
Entoksikasyon
alkol 294
esrar 310
kokain 304
Enurezis, 448
envanterler 343
Epidemiological Catchment Area Study, 29
Epidemiolojik çalışmalar, 29
Epinefrin, savaş-kaç tepkisi, 141
Ergenlik ve çocukluk
Ergot alkaloidler, 308
Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu 330–334
tedavi 343–344
Erken boşalma, 336–337
tedavisi, 344–345
Eroin, 300, 301, 302
metadon sürdürme programı, 322
Erotomanik delüzyon, 370f
E-sigara, 305
Esrar 295, 309–312
Esrarın tıbbi kullanımının yasallaştırılması 311–312
Eş görülme sıklığı, 371
Eş istismarı, 145
Eş sonluluk, 69–70, 152
madde kullanımı, 318
Eş tanı, 398
Eş zamanlı ileitşim, 459
Eşleştirilmiş desen 27
Eş-zaman geçerlik, 75
Etik ilke, 44

Etik kodlar 512-514
Etiketler ve etiketleyici tanı koyma 92, 94
sosyal 60-61
şizorfreni 377
zarar vermek 92, 94
Etil alkol, 295
Etkili ebeveynlik, 275–276
Etkisiz stratejiler sergileyen ebeveynler 275–276
Ev içi şiddet , 145
Evde gözetim 391, 508
Evlatlık çalışmaları
madde kullanımı 315-316
Evlilik
depresyon 195–196
entelektüel yetersizlik 467
intihar 217
mutluluk 17
sertleşme bozukluğu 336
yaşlanma ve eşin kaybı 474
Evlilik terapisi 64–65
Evlilik terapistleri 19
Evrim modeli ve fobiler, 117
Evrim ve anormal davranış, 39–40
Evsizlik
kurumsuzlaştırma, 14, 15f
şizofreni, 393, 393f
yasal adalet sistemi, 506
Exelon, 487
Facebook ve intihar, 216
Fallik evvre, 45, 244
Farkında olmadan ölümler, 214
Feminist terapiler, 67
Fenilalanin, 465
Fenilketonuri (PKU), 465
Fenotiazinler, 372–373, 383
Fentanyl, 301f, 302
Ferud'un gelişimsel evreleri, 44–45
Fetal alkol sendromu, 299, 465
Fetal alkol spektrum bozukluğu, 299
Fetişizm bozukluğu, 349–350
fiziksel bozukluklar 261
Fiziksel depresyon belirtileri, 176
Fiziksel işkence, 146
Fluoxetine, 184
Fobiler, 49, 89, 113–120
agorafobi, 115
çocukluk, 438
DSM-5, 89
nedenleri, 115
spesifik, 113–115
tanımı, 113
tedavisi, 117–120
yaygınlık, 103t
Folie à deux, 366f Futbol yaralanmaları
beyin hasarı, 483
depresyon, 189f
Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), 85, 85f
Foucha – Louisiana'ya karşı, 499–500
Fragile X sendromu, 464
Frenoloji, 399f
Freudyen kuram, 43–45
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 427–428
OKB, 129–130
sembolik kayıp, 187–188
yaygın kaygı bozukluğu, 105
Freudyen psikodinamik terapistler, 106
Frontal loblar, sınırda kişilik bozukluğu, 412
Frontotemporal nörogelişimsel bozukluk, 486–487
Fügler, 159–160
Galantamin, 487
Galvanic deri tepkisi, 82, 83
Gamma-aminobutyric acid (GABA), 111, 295
madde kullanımı, 316
yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar, 299
Gazi Merkezleri, 155
Gaziler, stres bozuklukları, 139–140, 143, 144, 150–151
sanal gerçeklik terapisi, 155
tedavi, 153–154
Gece oluşan penis sertleşmesi (NPT), 335
Gecikmeli ekolali, 455
Geç boşalma, 337–338
tedavisi, 345–346
Geçerlik, 74–75
DSM-5, 91–92
kesitsel, 87
kişilik bozuklukları, 398
kişilik envanterleri, 81
klinik görüşmeler, 77
projektif tesler, 79–80
Geçişken aile örüntüsü, 280–281
Geçişken aileler, 62, 280–281
Gelişimsel çalışmalar, 29
Gelişimsel koordinasyon bozukluğu, 463
Gelişimsel psikopatoloji, 19, 36, 68–70
davranım bozukluğu, 445
depresyon, 200
kaygı bozuklukları, 135–136
madde kullanımı, 317–318
sınırda kişilik bozukluğu, 413
şizofreni, 378–379
tanımı, 68
travma sonrası stres bozukluğu, 151–152
Geliştirilmiş sorgulama, 512, 514
Genain kardeşler, 21f
Genel felç, 12
Genetik bağlantı, 316, 371
Genetik, 39–40
akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 149
Alzheimer hastalığı, 483–484
antisosyal kişilik bozukluğu, 409
bipolar bozukluk, 205
davranım bozukluğu, 445
depresyon, 177–178
madde kullanımı, 315–316
OKB, 132
otizm spektrum bozukluğu, 457
sınırda kişilik bozukluğu, 411–412
şiofreni, 370–371, 371f, 378–379
uzun yaşam, 473
yeme bozukluğu, 277–279 in kumar oynama bozukluğu, 325
zihinsel engellilik, 464
Genital evre, 45
Genito-pelvik ağrı bozukluğu, 340
Genler, 39–40
Gerçek hayatta maruz bırakma 118
Gerçeklik prensibi, 44
Gerçeklik serumları, 167
Gerçeklik serumları, 167
Gerginlik tipi baş ağrıları, 250–251
Geri alım, 183–184, 183f
Geridönüşler, 142, 143
Gerilim tipi baş ağrısı, 250–251
Geropsikoloji, 473–474
Gestalt terapisi, 57–58
Gevşek çağrışım 366
Gevşeme egzersizi, 259, 262
fobiler, 118
Gheel, Belgium, 9
Girişkenlik eğitimi grupları 123
Gizil dönem 45
Gizlilik, 513
Glia, 37
Glukagon-benzeri peptid-1 (GLP-1), 278
Glutamat, 485, 487
OKB, 132
yeme bozuklukları, 278
Göçmenler, değerlendirme ve tanı 81t
Görgü tanıklığı, 509–510
Görsel bellek, 164
Görsel halüsinasyonlar, 367, 368
Görüşme çizelgeleri 76
Görüşmeler
klinik 75–77
Göstermecilik bozukluğu, 348, 351
Göz Hareketliyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleınleme (EMDR), 154–155
Gözetlemecilik bozukluğu, 351–352
Gözeyici rolü, 335–336
cinsel terapi, 343
gecikmiş boşalma, 338
Gözlemci sapması, 87
Gözlemci yanlılıkları, 87
Gözlemcinin aşırı yüklenmesi, 87
Grup evleri, 382, 391, 460
Grup terapisi, 62–64
akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 155
bağımlı kişilik bozukluğu, 425
sosyal beceri eğitimi, 123
şizoid kişilik bozukluğu, 402–403
Gündüz hastaneleri, 391
Günlük Rapor Kartları (DRC), 453 Tehlike, 2, 4
Güven, paranoid kişilik bozukluğu, 400–401
Güven, paranoid kişilik bozukluğu, 400-401
Güvenirlik, 74
DSM-5, 91–92
kişilik bozuklukları, 398
kişilik envanterleri, 81
Klinik görüşme, 77
projektif testler, 79–80
Güzellik standartları-yeme bozukluklarında 279-280
Hafıza
amnezi 157–160, 166
bastırılmış ya da yanlış 159
depresyon 176
disosiyatif amnezi 157–160
esrar kullanımı 310–311
görgü tanığı ifadesi 509–510
iyileşme 168
kimlik 157
özellikler 164
şizotipal kişilik bozukluğu 404
Hafif nörobilişsel bozukluk 92, 480, 481t, 487
Haldol, 380
halüsinasyon 367
Halüsinasyonlar, 176
Alkol kullanımı, 298
avatar terapisi, 388
halüsinojenler, 308–309
kabul ve yeniden yorumlama, 387–389
şizofrenide, 366–368, 368f
toplu delilik, 9
Halüsinojen intoksifikasyonu, 308
Halüsinojenler, 295, 308–309
Halüsinoz, 308
Hamilelik

kokain kullanımı, 304
opioid kullanımı, 306f
otizm spektrum bozukluğu ve zorluklar, 457
şizofreninin viral kuramı, 374
uyarıcı kullanımı, 306f
zihinsel gerilik, 465
Hasta hakları, 506–508
Hasta taklidi yapma (temaruz) 238, 246t
Hastalık kaygısı bozukluğu 238
bedensel belirtiler 246t
Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırılması (ICD-10) 89, 93, 430
Hastaneye yatış
hasta hakları 506-508
kısa süreli 391
kısmi 391
rızaya dayalı olmayan zorunlu tedavi 506
Haşhaş, 309
Hatalı anılar sendromu, 159
Hatalı negatif, 83
Hayali kayıp 187-188
Hayvan hakları 21, 28f
Analog deneylerde hayvanlar 28f
Hayvanlarla arkadaşlık 25f
Hazırlık, 117
Helikobakter pilori 250
Hesaplı sağlık hizmetleri yasası (ACT) 18, 98
HIV, 487
metadon sürdürme programı, 322
opioid kullanımı, 301
Hızlı döngü, 203
Hızlı Göz Hareketi (REM) uykusu, 335
Hidroklorür tozu 303
Hidroterapi 12
Hiperaktivite 456
Hipergrafi 207
Hiperseksüalite 347
Hipertansiyon 251
Hipnoterapi 167
Hipnoterapi 167
hipnotik 166
Hipnotik amnezi 166
Hipnoz 12-13
Hipnoz ve konversiyon bozukluğu 242, 244
benlik 166
fiziksel hastalıklar 260-261
Hipofiz bezi, savaş-kaç tepkisi, 142, 142f
Hipokampüs, 37
akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 149
Alzheimer hastalığı, 485
antisosyal kişilik bozukluğu, 409
depresyon, 180, 180f
madde kullanımı, 316–317
panik bozukluğu, 125
şizofreni, 373–374, 374f
Hipokondriyazis 80, 248
Hipokrat Yemini, 514
Hipoksifili 354
Hipomani 81
Hipomanik epizodlar 202
Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) yol 142 142f
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 148
antisosyal kişilik bozukluğunda 409
depresyonde 178, 179, 200
psikonöroimmünolojide 257
şizofrenide 378-379
Hipotalamus
Alzheimer hastalığı 485
savaş ya da kaç tepkisi 141
yeme bozuklukları 278
Hipotezler 21
Hispanik Sağlık Paradoksu, 254
Histeri 80, 244
Histerik bozukluklar 13
Histerik kişilik bozukluğu 415-417
Histrionik kişilik bozukluğu, 398, 411t, 415–417
Hizmetlerin koordinasyonu, 390–391, 392
Hormonlar, 38, 142, 142f
cinsel arzu, 331–332, 344
cinsiyetinden memnun olma, 358
depresyon, 178–179, 198
doğum sonrası depresyon, 179
Huntington hastalığı 37, 487
İnsanın Cinsel Yetersizliği (Masters & Johnson) 341
Irkçılık, 66–67
Kişilik bozukluğu, 400f
Psikofizyolojik sorunlar, 253–254, 254f
It Gets Better projesi, 436f
It's On Us (bizim suçumuz) 147
İbuprofen 489
İçe dönüklük 81
İçe yansıtma 187–188, 221–222
İçkiden uzak durma 322-323
İçsel geçerlik
vaka çalışmaları 22
İçselleştirici mizaç 318
İd 43
obsesif kompulsif bozukluk 130
İdam cezası 508f
İdiyografik bilgi 73
İdiyografik veri 95
İhmal ortamları ve intihar 218
İki doktor onayı, 505
İkili düşünme, 218–219
Bağımlı kişilik bozukluğu, 425
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 426
İkinci dil olarak İngilizce, 462
ikinci nesil 184
İkincil önleme, 65
İkincil önleme, 65
İkinci-nesil antidepresan ilaçlar, 181, 183, 184
İkinci-nesil antipsikotik ilaçlar, 373, 384, 386
İkinci-nesil düzenleyici, 207
İkiz çalışmaları, 24f
antisosyal kişilik bozukluğu, 409
depresyon, 177–178
korelasyonel, 24f
madde kullanımı, 315–316
OKB, 132
paranoid kişilik bozuklukları, 401
şizofreni, 371, 374f
yeme bozuklukları, 277–278
İlaca ara verme, 453
İlaç kötüye kullanımı ve intihar, 219
İlaç kullanımıyla uçma, 300
İlaç reklamları, 41
İlaç tedavisi bırakma çalışmaları 27
İlaç terapisi (devam ediyor)
ileri yaşta, 476
OKB, 426
panik bozukluk, 125–126
psikoterapiyle, 98
reddetme hakkı, 507
şizofreni, 380
şizoid kişilik bozukluğu, 403
tek uçlu depresyon, 181, 181t, 183–184
TV reklamları, 41
İlaç terapisi, 40–42
Alzheimer's ve nörogelişimsel bozukluklar, 487–489
antisosyal kişilik bozukluğu, 410
bipolar bozukluk, 206–207
çocukluk dönemi kaygı bozuklukları, 440
çocuklukta endişeler, 441–443
dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu, 452–453
hastalık kaygısı bozukluğu, 249
histerik kişilik bozukluğu, 417
kaçıngan kişilik bozukluğu, 423
konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247
sınırda kişilik bozukluğu, 415
yaygın kaygı bozukluğu, 111–112
İlaçalr, tanımı, 294
İlaçlar
cinsel terapi 343
ilaç yazma yetkisi 509
ileri yaşlar 476
öncülük etmede FDA onayı 36
sertleşme bozukluğu 335
TV reklamları 41
İleri yaşlarda hastalıklar, fiziksel kaygı 476
bedensel belirtiler 246t
cinsel arzu 332
ileri yaşlarda 474, 475
intihar 218
kadın orgazm bozukluğu 339
sertleşme bozukluğu 335
stres 255-256
tedaviler 259-262
İleri yaşlarda metabolizma, uyuşturucular 478
İleri yaşta intihar, 228–230
İletişim
aile sistem kuramı, 61–62
aile terapisi, 63–64
cinsel terapi, 343
konversiyon bedensel belirti bozukluğu, 246
Otizm spektrum bozukluğu, 455, 459–460
İletişim bozukluğu, 463
İletişim eğitimi, 459–460
İletişim programları, 65
İlişki, ağrılı 340
Aralıklı patlayıcı bozukluk 408
İçsel atıflar 191–192
İlişkiler
aile-sosyal model, 61
bağımlı kişilik bozukluğu, 423–424
delüzyonel, 370f
depresyon, 195–196, 195f
intiharla model olma, 220
kaçıngan kişilik bozukluğu, 422
mesajlaşma, 190
sınırda kişilik bozukluğu, 411
varoluşsal terapi, 58–59
zihinsel gerilik, 467
İlişkisel öfke, 445
İlişkisel psikanalitik terapi, 47–48
sınırda kişilik bozukluğu, 414
İmipramin 181t, 183
İnmeler, depresyon, 185
İnsacıl terapide dinleme 56
İnsan Genom Projesi 39
İnsancıl-varoluşsal model 19, 36, 55-60
değerlendirmesi 59
diğer modellerle karşılaştırma 69t
geştalt terapi 57-58

hümanistik 56-57
maneviyat ve müdahaleler 58
tedavi edici ortam terapisi 382-383
varoluşsal teoriler ve terapiler 58-59
yaygın kaygı bozukluğunda 106-107
İnsani tedaviler, 10–11
İnsomnia 250f, 252
anoreksiya nervoza 268
İnsula 278
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 149
korku devresinde 111
İnsülin koması tedavisi 185
İnternet 20, 63
bağımlılık 326
intihara meyilli siteler 216
karanlık yönü 277
kullanım bozukluğu 325, 517
oyun bozukluğu, 326
yeme bozuklukları 279, 280
İnternetin karanlık yönleri, 277
İntihar eğitim programları, 234
İntihar kontratları, 232
İntihar önleme programları, 231–234
İntihar telefon hatları, 231–232
İntihar, 210–235
alkol, 298
araştırma sorunları, 215
bipolar bozukluk, 203
biyolojik görüş, 224
bulaş, 220
çocuklarda ve ergenlerde, 441-442
Durkheim'ın sosyokültürel görüşü, 222–223
girişim veya tamamlanmış, 227
ileri yaş, 475
kişilerarası kuramı, 223–224
kokain, 304
ölme hakkı, 229, 230f
önleme, 231–234
örüntü ve istatistikleri, 215–217, 217f
psikodinamik model, 221–222
sınırda kişilik bozukluğu, 411, 414
stres bozuklukları, 143
şizofreni, 364, 365
tanımı, 212–215
tedavisi, 230–234
tetikleyicileri, 217–220
toplumsal, 504
yaş, 225–230
yaygınlık, 213, 214, 217
yeme bozuklukları, 272
intihar, 227–228
intihar 219
intihar 224
İntihara teşebbüs, 212
İntihara yönelik davranış sorunu, 212
İntihat amacı olmayan kendine zarar verme, 214
İstatistiksel anlam, 25
İstek kaybı, 369
İş stresi, intihar, 218
İş, psikolojik sağlık 515-516
İşaret dili, 459
İşitsel halüsinasyonlar 366-368
İşkence temelli sorgulama, 514
İşkence, 146, 512, 514
İşlev sorunu, 2, 4
işlevleri 357
İşlevsel olmayan varsayımlar 107–108, 109
anoreksiya nervozada 267
depresyonda 189–191
İtaatkarlık, 430
itici uyaranla terapi 319-320
fobiler 115-116
hastalık ve kaygı bozukluğu 248-249
madde kullanımı 315
İtici uyaranla terapi 63, 517
cinsel sadizm 355, 355f
fetişizm bozukluğu 350
İyatrojenik bozukluklar 163
İyileştirici terapi, 27f, 349
İyileştirme, 492
İyon aktivitesi, bipolar bozukluk 205
AEK (araştırma etik kurulları) 30–32
karşı konulmaz dürtü testi 497
İzlerlik yönetimi madde kullanım bozukluğu, 320
Jackson Indiana'ya karşı 503
Hapishane yönlendirmesi 503
Jamais vu 164
Jeton ekonomisi programları, 382–383, 453, 467
Jüri danışmanlığı 509
Kabızlık, 449
Kabul ve Kararlılık Terapisi 53, 110, 389
madde kullanımı 321
stres bozukluğu 195
tek uçlu depresyon 195
Kaçınma kuramı 109
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 143
Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, 330–334
tedavisi, 343–344
Kadında orgazm bozukluğu, 338–340
tedavisi, 346
Kahkaha terapisi 196f
Kalıtsal eğilimler, 317–318
Kalsiyum 485
Kanabis 295, 309-312
Riskler ve kötüye kullanımın sonuçları 304t
Kanabis kullanım sorunu 310
Kanıta dayalı tedavi, 95–96
Kanıta dayalı terapiler, 95–96
Kanser ve depresyon 185
psikoimmunoloji 257
Kapasitesi kısıtlı suçlu, 500–501
Kapl krizi, depresyon, 185
Karanlık üçlü, 429
Karbamapazin 206
Karıştırıcılar, 25
Karma desenler 27
Karşılıklı amnezik ilişki, 161
Karşılıklı yardım grupları, 63
Karşıt aktarım, 519
Karşıt kıyafet giyimi, 350–351
Karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, 444–448
Kas dismorfisi, 282, 282f
Kas gevşeticiler, 185
Kasılmalar, 185
Katarsis 47
Katatoni 369
Katatonik depresif bozukluk 176
Katatonik durağanlık 369
Katatonik duruş 369
Katatonik hareketlilik 369
Katatonik katılık 369
Kategorik yaklaşım 398
Katı davranışlar, 455
Katılımcı tipi model alma, 118
Katılımcı yanlılığı, 26
Katılımcı, araştırmada, 22
eşleştirilmiş desenler, 27
haklarını koruma, 30–32
seçkisiz atama, 26
yanlılık, 26–27
Katılımcı, gözlemci, 86–87
Katrina Kasırgası 144
Katsayı, 23
Kaudat nukleus ve OKB 132, 132f
Kaygı
alzheimer hastalığında 483
anoreksiya nervosada 267
Kaygı (devam ediyor)
cinsiyet farkları 29
önyargı ve ayrımcılık 66-67, 68
yaygınlık 16
Kaygı bozukluklar 100-137
ayrılık 89, 104
beden memnuniyetsizliği 273
beyin döngüleri 38-39
DSM-5 89-90
fobiler 49, 89, 112-120
gelişimsel psikopatolojisi perspektifi 135-136
ileri yaşlar 474, 475-476
obsesif kompulsif 102, 128-135
panik 89, 102, 123-127
profiller 121t
sosyal medya 122
sosyal 51-52, 89, 102, 120-123
tanımı 102
yaygın 89, 102-112
yaygınlık 102, 103t
Kaygı duyarlığı 127
Kaygının nörokimyası, 110–112
Kayıp
depresyon 187–188
intihar 217
kişiler arası 196
yaşlanma 474
Kekeleme, 463
Kendi kendine baş etme ifadeleri, 261
Kendine ve başkalarına yönelik tehlike, 504, 505, 505f
Kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler, 261
Kendini diğerlerine yük olarak görme, 223–224
Kendini gerçekleştirme, 55, 56f, 59
Ketleme 318
Ketleme, 431
Kllinik gözlemler, 86–87
Kısa psikotik bozukluk 364t
Kısırlaştırma, öjeni, 12, 12t
Kısmı hastaneye yatırma, 391
Kilo kontrolü yaklaşımı, 283
Kimlik
disosiyatif bozukluklar 157-170
hafıza 157
kişilik bozuklukları 411
Kin, kişilik bozuklukları, 430f
Kirletme, 449
Kirozis 298
Kişiler arası psikolojik kuram 223–224
Kişiler arası rol uyuşmazlığı 196
değerlendiriciler arası güvenirlik 74
intiharın kişiler arası kuramı, 223–224
kişiler arası rol geçişi 196–197
Kişiler arası eksiklikler 197
Kişiler arası kayıp 196
Kişiler arası psikoterapi (KAP) 196–197
bulimia nervoza 288–289

depresyon 196–197
Kişilik
A tipi, 253
Akut ve travma sonrası stres bozukluğu , 150
alt kişilikler, disosiyatif kimlik bozukluğu, 161–162
B tipi, 253
Büyük beşli, 430
frenoloji, 399f
kaygı, 420–427
kumar oynama bozukluğu, 325
madde kötüye kullanımı, 314, 318
psikonöroimmunoloji, 257–258
stabililik veya.esneklik, 432
süpertreytler, 430
tanımı, 397
uzun ömür, 473
Kişilik bozukluğu (devam ediyor)
boyutsal yaklaşım, 430–432
çoktültürlü faktörler, 426 narsisistik, 417–420
dramatik, 405–420
histrionik, 415–417
paranoid, 398, 399-401
seri katiller, 511
şizoid, 401-403
şizotipal, 398, 403–404
tanı koyma, 398t
tuhaf, 399–405
yeniden ilgilenmek, 432–433
Kişilik bozukluğu treyt belirteçli (PDTS), 430-432
Kişilik bozuklukları, 396–433
antisosyal, 405–410
bağımlı, 423–425
kaçıngan, 420–423
Karanlık üçlü, 429
karşılaştırma, 411t
kategoriler, 398
kaygılı, 420–427
sınıflandırma, 398–399, 428–432
sınırda, 410–415
tanımı, 397
Kişilik envanterleri, 80–82
tanımı, 80
Kişilik terapisi, 390
Kişilik treytleri, 397
Kişisel psikoterapi, 15–16
Kitlesel delilik 9, 245
Kitlesel histeri 245
Kitlesel psikojenik bozukluk 245
Kitlesel silahlı saldırı 146, 151f
Klasik koşullama 49, 50
Klinik araştırmacılar 21-22
Klinik bilim insanları 2
Klinik değerlendirme 73-76
Alzheimer hastalığı 486
araçların özellikleri 74-75
çokkültürlülük 81t, 82
geleceği 98
klinik görüşme 75-77
klinik gözlemler 86-87
klinik testler 77-86
tanımı 73
Klinik görüşme 75-77
klinik görüşmeler 75-77
Klinik gözlem 86-87
doğal ve analog 86-87
kendini gözlemleme 87
klinik gözlemler 86-87
Klinik psikologlar 19, 19t
güncel kuramsal yönelimler 52-53, 53f
Klinik tablo 88
klinik testler 77-86
çokkültürlülük 81t, 82
tanımı 73,
Klinik testler 77-86
kişilik envanterleri 80-82
nörolojik 84-85, 84f, 85f
psikofizyolojik 82-83
tepki envanterleri 82
yansıtmalı 77-80, 77f, 78f
zeka testleri 85-86
Klinik uygulamacılar 2
Klorpromazin 383
Klorpromazin 383
Klozapin 386
Kodein 300
Kokain çekmek, 304
Kokain kökenli psikoz 304
Kokain 303-304, 306
kokain 304
Koku halüsinasyonları, 367, 368
Kompulsiyonlar, 128
Kontrol eksikliği kuramı 198
Kontrol grupları, 25–26
Kontrol kompulsiyonları 129
Kontrol soruları, 82
Konuşma sorunu, 463
Konuşma Terapisi , 463
Konuşma Terapisi , 463
alkol kullanımı, 298
beyinde yaralanma, 488
din, 215
madde kullanımı, 314
Spiritüellik, 58
Spor
Konuşma yoksunluğu, 368
Konut hizmetleri, 65
Konversiyon bozukluğu, 238, 241–242, 244–248
bedensel belirtiler, 246t
nedenleri, 244–247
tanı özellikleri, 241t
tanımı, 241
tedavisi 247–248
Konversiyon terapisi, 27f
Kopuş, 431
Korelasyon büyüklüğü 23
Korelasyon katsayısı, 23
Korelasyon, 22
Korelasyonel araştırmalar, 23–24
Korelasyonel yöntem, 21, 22–25
artıları, 24–25
güçlülük ve zayıflıkları, 24t
ikiz çalışmalarında, 24f
istatistiksel analizler, 23–24
tanımı, 22
vaka çalışmaları, 22
Korku döngüsü, 38–39, 111
Korku filmleri ve TV programları, 109, 109f
Korku hiyerarşileri, 118
Korku, 114
çocuklarda, 436
öğrenme, 115–116
tanımı, 102
uyarılma yolları, 141f, 142
Korona radyata, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda, 452
Koroner arterler, 251
Koroner kalp hastalıkları, 251 Korpus kollozum, 37
Korteks, 37
kortizol, 38, 142
depresyon, 178–179
psikonöroimmunoloji, 257
Koruma görevi, 513
Koruma görevi, 513
Koruma ve Savunma Sistemleri, 507
Koruyucu aile müdahalesi, 447
Koşullama
bilişsel-davranışçı model, 48–55
edimsel, 49–50
fobiler, 115–116
hastalık kaygısı bozukluğu, 248–249
İtici uyaranla terapi, 319–320
klasik, 49, 50
madde kullanımı, 315
tanımı, 49
Koşullu uyaran (CS), 116
Koşullu tepki (CR), 116
Koşulsuz uyaran (US), 116
Koşulsuz öz-ilgi, 56–57
Koşulsuz pozitif ilgi, 56–57
yaygın kaygı bozukluğu, 106
Koşulsuz tepki (UR), 116
Koşulsuz, psikodinamik model, 43–45
Kötümselik, 176 Evcil hayvanlar, 479f
Kretinizm, 465
Kritik olay-stres bilgilendirmesi, 156
Kriz evleri, 382, 391
Kriz merkezleri, 391
Kriz telefon hattı, 231–232
Krize müddahale, 231–232
Kronik alkolizm 219
Kronik alkolizm 219
Kronik baş ağrıları 250-251
Kronik baş ağrıları 250-251
Kronik iltihaplanma ve psikonöroimmunoloji 257
Kronik iltihaplanma ve psikonöroimmunoloji 257
Kronik travvmatik enselepati(CTE) 488
Kronik travvmatik enselepati(CTE) 488
Kumar Oynama Bozukluğu, 92, 295, 325–326
Kurbanlaştırma
öğrenilmiş çaresizlik, 191–192
stres bozuklukları, 144–147
Kurşun zehirlenmesi 466
Kuru yatak eğitimi, 448
Kurumsuzlaştırma, 14, 14f, 15t, 390, 466
Kusma, bulimia nervosa, 270–271, 272, 289
Küçük Hans, 22
Kültür
çokkültürlü kuramları, 66–67
çokkültürlü psikoloji, 17, 18
depresyon, 198–199
dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 453–454
disosiyatif kimlik bozukluğu, 163
madde kullanımı, 323–324
sapma, 3
şizofreni, 376–378
tanımı, 3, 66
yaşlanma, 491–492
zeka testleri, 461
Kültüre duyarlı terapiler, 67
Kültürel çeşitlilik perspektifi, 66–67
Kültürleşme 281
Küme halinde intiharlar 228
Künt duygulanım, 368–369
Kütlesel cinayetler 404f, 408
La Bicêtre 10, 381
La Salpetrière 10

Lanugo 268
Lateral hipotalamus (LH) 278
L-dopa 373
Lenfositler 180, 256, 256f
Levitra 344, 345
Lewy cisimcikleri hastalığı 487
LGBTQ bireyler
cinsel işlevlerde bozulma 330
cinsel terapi 347
dönüştürme terapisi 27f
görüşler 333
It Gets Better projesi 436f
intihar 226
intihat yardım hatları 232
Libido, 43
Likantropi 9, 375f
Lityum 206–207
yan etkiler 380
Lobotomi 12, 42
şizofreni 382, 384
Locus coeruleus, panik bozukluk 125
Lorazepam (Ativan) 111
kötüye kullanım 299
Los Angeles İntihar Önleme Merkezi 232, 233
LSD (lysergic acid diethylamide) 308–309
L-tryptophan 182
M'Naghten testi/kuralı 497, 498
Madde intoksifikasyonu, 294
Madde kullanım bozukluğu, 92, 292–321
antisosyal kişilik bozukluğu, 407
baskılayıcılar, 295–303
davranım bozukluğu, 445 tanımı, 294
ırk ve etnik köken, 295, 295f
ileri yaş, 474, 476, 478
intihar, 219
kanabis, 295, 309–312
maddeyi edinme, 310f
nedenleri, 313–319
risk ve sonuçları, 304t
sedatif-hipnotik ilaçlar, 295, 299–302
cinsel istek, 332
sertleşme bozukluğu, 335 halüsinojenler, 295, 308–309
sınırda kişilik bozukluğu, 411
şiddet, 505
tanı koyma, 294t
tedavi, 319–325
uyarıcı, 295, 303–307
yeme bozuklukları, 272
madde kullanımı tedavisi, 323–324
madde kullanımı, 322
madde kullanımı 315-318
madde kullanımı 319-321
Bilişsel egzersiz 489f
Madde kullanımında Biyolojiki terapi 321-322
Maddenin tetiklediği psikoz, 364t
Mahkemeden halka programı, 392f
Mahremiyet
gizlilik, 513
tedavi alma hakkı, 506–507
Majör depresif bozukluk 89–90
çocuklarda 441–443
Majör depresif dönemler 177t
tanım 176 bileşenleri 177t
Majör nörobilişsel bozukluk 480, 481t, 487
Makyavelizm 429
Malpraktis davaları 508–509
Mamiller cisimler, Alzheimer hastalığı 485
Mani
belirtiler, 201–202
mizah teorisi 8
tanım 173
tek uçlu 174
Manik epizotlar 202-203
duygu durum düzenleyiciler 206-207
Manipülatiflik 431
Mantık dışı düşünme 50
Mantık hataları 191
Mantralar 260
Manyetik rezonans imgeleme (MRI), 84f
fonksiyonel 85, 85f
yalan dedektörü 83
MAO inhibitörleri 181, 181t, 183
MAOA geni 445
mariuana 310-311
Maruz bırakma terapisi, 52, 117–119
agorafobi, 119–120
akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 154–155
konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247
Maskeli (körleme) desen 26
Maskülenlik-feminenlik 80
Mastürbasyon 333, 338
geç boşalma 345–346
kadın orgazm bozukluğu 346
Mastürbasyonel doygunluk 350
Mavi Balina Oyunu/Meydan Okuması 220f
MDMA, 308, 314f
Meditasyon 260
bilinçli farkındalık 53, 54, 110, 260
çocuklarda 440f
fiziksel hastalıklarda 260
Medya
intihar kapsamı 220, 227
suçlu profilleme, 510
Melankoli, mizah kuramı 8
Melatonin, depresyon, 176f, 182, 184
Memantin, 487
Menenjit 466
Menenjit 466
Ruh sağlığı bozuklukları
antipsikotik ilaçlar 383–386
cezaevi 503f
intihar 219–220
kurum bakımı 381–383
psikoterapi 386–390
tedaviler 390–394
toplum yaklaşımı 390–393
Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), 89–92, 93
ayrılık kaygısı bozukluğu, 104
boyutsal bilgi, 90
cinsel disfori, 356
değişim çağrıları, 92
etkililik, 91–92
ilave bilgi, 90
kategorik bilgiler, 89–90
kişilik bozukluklarında boyutsal yaklaşım 430–432
OKB, 128
travma ve stresle ilişkili bozukluklar, 139
Mental durum muayeneleri 76
Merkezi gri madde ve panik bozukluk 125
Merkezi sinir sistemi 140
Mesajlaşma, 190, 517
Alzheimer hastalığı, 485
cinsel, 348
okb, 132, 132f
otizm spektrum bozukluğu, 457
şizofreni, 373–374, 374f
Talamus
Meskalin 308
Mesleki eğitim, 391–392
Mesmerizm 13
Meta-analizler 97
Metabolik bozukluklar 464–465
Metabolizma hızı 278–279
Metadon 300
Metadon sürdürüm programları 322
Metadone sürdürme programları 322
Metamfetamin 306–307
Metilfenidat 452–453
MeToo hareketi 145f
Metrazol 185
Metroda terapi, 6–7
Mevsimsel depresif bozukluk, 176 İkincil kazanç, 246
Microglia 374f
Migren baş ağrıları 251, 251f
Mindfullness, 53, 54
çocuklar 440f
eğitim 515
meditasyon 53, 54, 110, 260
tanım 54
tek çlu depresyon tedavisi 195
Mindfulnes eğitim programları 54
Mindfulnes temelli bilişsel davranışçı terapi 53, 54
intihar girişimleri 231
şizofreni 389
yaygın kaygı bozukluğu 110
Minnesota çok yönlü kişilik envantesi (MMPI) 80–82
Miyokardiyal enfarktüs, 251
Mizaç, 29, 136
bebklerde, 179
depresyon, 200
kaygı bozuklukları, 438
madde kullanımı, 317–318
Mizah 8
MMR aşı kuramı 458
Modelleme 49, 50
antisosyal kişilik bozukluğu 407, 409
fobi tedavisi 118
fobilerdeki korku 116
intihar 220
otizm spektrum bozukluğu 458–459
sosyal kaygı bozukluğu 123
video 446
Modeller. Belirli modellere de bakın
aile-sosyal 60–65
bilişsel-davranışçı 36, 48–55
biyolojik 36, 37–42
çok kültürlü 36, 66–67
gelişimsel psikopatoloji perspektifi 36, 68–70
hümanistik-varoluşçu 36, 55–60
psikodinamik 36, 43–48
sosyokültürel 36, 60-68
tanım 36
Moleküler biyoloji 205, 316, 371–373
Molly, 314f
Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri, 181, 183
Morfin, 300
Motivasyon, depresyon, 175
Motivasyonel görüşme, 283, 318
Motor hareketler, 455–456
Munchausen sendromu, 239
Mutasyonlar, 39–40
Mutizm, seçici, 439–440
Mutluluk, 17, 17f
yaşam olayları, 189

Mutually cognizant patterns, 161
Mükerrer, 445
Müshil, bulimia nervoza 270
Müzik
  hafıza, 164
Naloksan, 322
Naltrekson, 322
Namenda, 487
Nancy Okulu, 244
Naprosyn, 489
Narkolepsi, 252
Narkotikler, 300
Narsisistik kişilik bozukluğu, 398, 411t, 417–420
Narsisizm, 429
National Comorbidity Survey Replication, 29
National Comorbidity Survey, 29
  nedenleri, 445
Nedensellik
  deneysel yöntemde 25-27
  korelasyonel çalışmalarda 24-25
Nefret suçları, 407t
Negatif belirtiler, 368–369
  antipsikotik ilaçlar, 385
  tanım, 365
Negatif duygulanım, 318
  kişilik bozuklukları, 430
Negatif korelasyon, 23
Negative düşünme, 189–191, 194
Neo-Naziler, 430f
Nesne ilişkileri kuramı, 45
  bağımlı kişilik bozukluğu, 424
  depresyon, 187–188
  sınırda kişilik bozukluğu, 413
  yaygın kaygı bozukluğu, 106
Nevrotik kişilik bozuklukları, 432
Nikotin, 305
Nomofobi, 122
Nomotetik anlayış, 21
Nomotetik veri, 95
Norepinefrin, 38
  akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 148–149
  bipolar bozukluk, 205
  depresyon, 178–179
  kaç veya savaş tepkisi, 141
  kokain, 304
  obsesif-kompulsif bozukluk, 132
  panik bozukluk, 125
  psikonötoimmunoloji, 257
  yaygın kaygı bzoukluğu, 111–112
Normalleştirme, 466
Normlar,
Nörobilişsel bozukluklar, 472, 474, 480-490
  Alzheimer dışında, 486–487
  Huntington's hastalığı, 487
  majör, 480, 481t
  orta, 480, 481t
  prion hastalığı, 487
  tanı, 481t
  tanım, 480
  yaygınlık, 480–481
Nörofibriller, 483, 483f, 484
Nörogelişimsel bozukluklar, 449t, 450-468
  dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, 450–454
  entelektüel yetersizlik, 460–468
  otizm spektrum bozukluğu, 454–460
  tanım, 450
Nörogörüntüleme teknikleri, 84–85, 85f
Nöroleptik ilaçlar, 385
Nörolojik testler, 84–85, 84f, 85f
Nöronlar, 37–38, 38f
  şizofreni, 373
Nöropsikolojik testler, 85
Nörotisizm, 430
Nörotoksisite, 307
Nörotransmiter "geri alım" mekanizmaları, 183–184
Nörotransmiterler, 37, 38f
  akut stres bozukluğu, 148–149
  alkol, 295
  amfetaminler, 303–304, 307
  antisosyal kişilik bozukluğu, 409
  bipolar bozukluk, 205
  dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 452
  duygu durum düzenleyiciler, 207
  intihar, 224
  LSD, 308
  madde kullanımı, 316
  MDMA, 314f
  opiyatlar, 300
  psikonöroimmunoloji, 257
  şizofreni, 371–373
  şizotipal kişilik bozukluğu, 404
  yeme bozuklukları, 278
Nötralize etme, 130
Nucleus accumbens, 316–317, 317f
Nutrasötikler, 182
Nüks önleme eğitimi, 320–321, 353
O'Connor v. Donaldson, 506–507
Obezite
  genetik, 278
  stigma, 279–280
  yeme bozuklukları, 268f, 272
obsesif kompulsif bozukluk 132-133, 132f
Obsesif-kompulsif bozukluk, 102, 128–135
  anoreksiya nervoza, 268
  bilişsel-davranışçı bakış açısı, 130–132
  biyoloijk bakış açısı, 132–133
  cinsel istek, 332
  obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, 425–427
  özellikler, 128–129
  profil, 121t
  psikodinamik bakış açısı, 129–130
  tanım, 128
  yaygınlık, 103t, 128
  yeme bozuklukları, 272, 278
Obsesif-kompulsif ilişkili bozukluklar, 102, 133–135
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, 398, 411t, 425–427
Obsesyonlar,
  tanım, 128
OKB'de kortiko-striato-talamo-kortikal döngü 132
Oksikodon, 300, 301
Oksitosin, 300, 302
Okul müdahaleleri, 453
Okul reddi, 439
Okuma terapisi, 463
Olanzapin, 386
Olfaktoterapi, 166f
Omega-3 yağ asitleri, 182
Opium (afyon), 299–300
Opiyat antagonisti ilaçlar, 321–322
Opiyat kullanım bozukluğu, 300–301
Opiyatlar, 299–302
  antagonist ilaçlar, 321–322
  edinmek, 301f
  epidemik kullanım, 302
  kötüye kullanımın riskleri ve sonuçları, 304t
  sürdürüm programları, 322
  tehlikeleri, 301–303
  yenidoğan bağımlılığı, 306f
Oral stage, 44
Orbitofrontal korteks
  obsesif-kompulsif bozukluk, 132, 132f
  otizm spektrum bozukluğu, 457
  yeme bozuklukları, 278
Orta düzeyde entelektüel yetersizlik 462–463
Orta düzeyde entelektüel yetersizlik 463
Orta yaşlar 8–9
Ortak dikkat 456, 459
  Otizm spektrum bozukluğu, 457
Otizm spektrum bozuklukları 92
  otizm spektrum bozuklukları, 460
Otoerotik asfeksi 354
Otoimmün tepkiler 486
Otomatik düşünceler 190-191, 194
Otomatik portakal (film) 355, 355f
Otonom sinir sistemi 140-142, 141f, 251f
Outsider (dışlanmış) müzik, 379f
Oyun terapisi, 440
  Oyuncular, 117
Ödül döngüsü, 316–317, 317f
Ödül eksikliği sendromu, 316f, 317
Ödüller, 49, 53. Ayrıca bakınız klasik koşullama;
  depresyon, 189
  Edimsel koşullama
  jeton ekonomisi programı, 382–383
  Konversiyon ve bedensel belirtiler, 245–246
Öfke patlamaları, 436
Öğrenilmiş çaresizlik 28, 191–192
Öğrenme bozuklukları 463
Öğretmenin hazırlığı, 467
Öjeni, 12t
  kısırlaştırma, 12
Ölme hakkı, 229, 230f
Ölüm
  ABD'deki sıklıkla görülen nedenler., 212t
  alkol, 296, 298
  çoklu madde kullanımından ötürü, 313
  kasıtlı olmayan, 214
  korku, 114
  opiod kullanımı, 301, 302
  stres, 255–256
Ölüm içgüdüsü, 222
Ölümcüllük ölçeği 232
  Ölüme hazırlananlar, 214
  Ölüme meydan okuyanlar, 214
  Ölümü arayanlar, 214
  Ölümü yok sayanlar , 214
  Ön sevişme, 339
Ön singulat korteks 111-149
  akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 149
  Korku döngüsünde 111
Önleme, 16
  davranım bozukluğu, 448
  madde kullanımı, 324–325
  şizofreni, 379
  Toplumsal tedavi, 65
Önyargı, 66–67
Aşırı kiloluk, 279–280
Örtük duyarlılaştırma, 350
Örtük duyarsızlaştırma, 118
Örtük yıkıcı olmayan örüntü, 445
Örtük yıkıcı örüntü, 445
Östrojen, 331–332

Alzheimer hastalığı, 488–489
transeksüellik, 358
Ötonazi, 229, 230f
Özel eğitim, 466–467
Özel Olimpiyatlar, 467
Özgeci intiharlar 222-223, 222f, 223f
Özgecilik 16
Özgül fobiler, 113–115
çocukluk, 438
profil, 121t
tedavi, 117–118
Özgül öğrenme bozukluğu, 463
Özgür iradenin kaybı, 369
Öz-güven
anoreksiya nervosa, 267
çocuk istismarı, 442
Panik ataklar, 115, 123–124
tanım 123
Panik bozukluk, 89, 102, 123–127
agorafobi, 115
bilişsel-davranışçı bakış açısı, 126–127
biyolojik bakış açısı, 124–126
profil, 121t
tanım, 124
tedaviler, 127
yaygınlık, 103t
panik bozukluk 124-125
panik bozukluk 124-126
Panik devresi, 125, 125f
Paradigmalar, 36
Parafili bozuklukları, 329, 347–355
cinsel mazoşizm, 354
cinsel sadizm, 354–355
fetişizm, 349-350
pedofili, 352–353
röntgencilik, 351–352
seksting, 348
sürtünmecilik, 352
tanım, 347
teknoloji, 517
teşhircilik, 348, 351
transvestic, 350–351
Paranoid kişilik bozukluğu için nesne ilişkileri terapisi, 401
Paranoid kişilik bozukluğu, 398, 399–401, 411t
Paranoid kişilik bozukluğunda güvensizlik, 399–400, 401f
Paranoya, 81
Paraprofesyoneller, 231, 391
Parasempatik sinir sistemi, 141
Parkinson hastalığı, 373, 487
Parkinson tipi belirtiler, 385
Parkur, 214f
Pasung, 506f
Pedofili bozukluğu , 347–348, 352–353
Pekiştireçler, 49–50. Ayrıca baknz klasik koşullama
Pekiştireçler, 49–50. Ayrıca baknz klasik koşullama
Pekiştirme, 49, 191, 192, 208
fobi, 115–116
hastalık kaygısı bozukluğu, 248–249
İtici uyaranla terapi, 319–320
konversyion bedensel belirti bozukluğu, 247–248
madde bağımlılığ, 315
Pelvik taban bozuklukları, 340
Pennsylvania Hastanesi, 10
Percocet, 300, 302
Performans kaygısı, 335–336
cinsel terapi, 343
gecikmiş boşalma, 338
Peripartum depresf bozukluk, 176, 179
Perspektif kazanma, 456
Perzeverasyon, 366, 430
PET (positron emisyon tomografisi) taraması, 85, 85f, 368f
Phoenix Evi, 323
Pick hastalığı, 486–487
PKU (phenylketonuria), 465
Plasebo terapisi, 26
etik konular, 27
Polifarmasi, 386
Poligrafi, 82, 83
Polisomnografi incelemeleri, 250f
Positron emisyon tomografisi (PET), 85, 85f
Halüsinasyonlar esnasında beyin, 368f
Postpartum depresyon, 179, 372
paternal, 200
Postpartum psikoz, 179, 372
Potansiyel, elektrik, 260
Potasyum iyonları, bipolar bozukluk, 205
Pozitif belirtiler, 365–368
antipsikootik ilaçlar, 385
tanımı, 365
Pozitif korelasyon, 22–23
Pozitif psikoloji, 16
mutluluk, 17, 17f
tanımı, 17
varoluşçu-insancıl model, 59
Prefrontal lökotomi, 384
Premenstrual disfori bozukluğu (PMDD), 89, 92
tanımı, 177
Premorbid işlevsellik, 369
Prenatal zorluklar
otizm spektrum bozukluğu, 457
zihinsel gerilik, 465
Presenilin proteini, 484
Prion hastalığından ötürü nörobilişsel bozukluk, 487
Pro-anorexia Web siteleri, 277
Prodromal evre, 369
Profesyonel sınırlar 509
Pro-intihar Web siteleri, 216
Projektif testler, 77–80, 77f, 78f
artıları, 79–80
cümle tamamlama testi, 79
çizim, 79
kişilik envanterleriyle kıyaslama, 81
Rorschach, 78, 78f
Tematik Algı, 79
Prolactin, 331–332
Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act, 507
Psikanalitik perspektif, 19
Psikanaliz, 43
sınırda kişilik bozukluğu, 414
tanımı, 13
Psikiyatristler, 19, 19t
profesyonel sınırlar, 509
Psikocerrahi, 40, 42
lobotomi, 12, 42
reddetme hakkı, 507
Psikodelik ilaçlar, 308–309
Psikodinamik model, 36, 43–48
antisosyal kişilik bozukluğu, 407
bağımlı kişilik bozukluğu, 424
benlik kuramcıları, 45
bulimia nervosa, 288–289
değerlendirme, 48
depresyon tedavisi, 188
depresyon, 187–188
diğer modellerle kıyaslama, 69t
disosiyatif bozukluklar, 164–165, 167
enürezis, 448
Freudyen, 43–45
histerik kişilik bozukluğu, 416
intihar, 221–222
kaçıngan kişilik bozukluğu, 422
konversiyon ve bedensel belirti bozukluğu, 244–246
madde kullanım bozukluğu, 314
narsisistik kişilik bozukluğu, 418
nene ilişkileri kuramı, 45
OKB, 129–130
OKKB, 426, 427
paranoid kişilik bozukluğu, 400–401
şizofreni, 375
şizoid kişilik bozukluğu, 402
terapiler, 45–48
yaygın kaygı bozukluğu, 105–106
yeme bozuklukları, 275–276
Psikodrama, 62f
Psikofarmakologlar, 98
Psikofizyolojik bozukluklar, 249–258
bedensel belirtiler, 246t
geleneksel, 249–254
yeni, 254–258
psikofizyolojik bozukluklar, 253–254
psikofizyolojik bozukluklar 251, 253
Psikofizyolojik testler, 82–83
Psikojenic model, 12–13
tanımı, 11
Psikologlar, 19, 19t
profesyonel sınırlar, 509
psikoterapi, 57
Psikoloji, hukuk, 496, 504–511
Psikolojide hukuk 496, 504–511
Psikolojik faktörler
psikofizyolojik sorunlar, 253
tıbbi durumları etkileyen, 238
Psikolojik anormallik
19yy reformlar, 10–11
antik görüş ve tedaviler, 7–8
bilişsel davranışçı model of, 36, 48–55
biyolojik model, 36, 37–42
cinsel arzu, 332
çocukluk ve ergenlik, 434-469
egzantriklik, 5 doğası, 4–5
geçmiş görüşler, 7–14
Gelişimsel psikopatoloji perspektifi, 36, 68–70
güncel kuramlar, 19
işlev sorunu, 4
kültürel bağlam, 3, 5
modeller, 34–72
Orta çağ dönemi , 8–9
önleme, 16
psikodinamik model, 36, 43–48
Rönesans dönemi, 9–10
sapma, 2, 3
sıkıntı, 2, 3–4
sosyokültürel model, 36, 60-68
tedavi, 6–7, 14–16
tehlike, 2, 4
teknoloji, 19–20
terminoloji, 1–2
varoluşçu-insancıl modeller, 36, 55–60
yaratıcılık, 204
Yunan ve Roma dönemi görüşler, 8
Psikolojik bilgilendirme, 156
Psikolojik bilgilendirme, 156
Psikolojik istismar, 442
Psikolojik işkence, 146

Psikolojik profiller, 510
Psikomotor semptomlar, 369
  tanımı, 365
Psikoonöroimmunoloji, 254, 256–258
Psikoososeyal yaklaşımlar, depresyon, 188
Psikootisizm, 431
Psikootropik ilaçlar, 14, 40–41
  antisosyal kişilik bozukluğu, 410
  halk, 79
  İkaz üretici, 185, 186f
  red etme hakkı, 507
  TV reklamları, 41
Psikopati, 429
Psikopatik sapma, 80
Psikoterapi
  bulimia nervosa, 287–288
  çocukluk dönemi kaygı bozuklukları, 440
  eşlik eden, 207–208
  ileri yaşta kaygı bozukluğu, 476
  kişisel, 15–16
  konversiyon ve bedensel belirti bozuklukları, 247
  şizofreni, 386–390
Psikotik bozukluklar, 370, 381, 391
  başka bir tıbbi durumdan ötürü, 364t
    elektrokonvulsif terapi, 185
  depresyon, 176
  ileri yaş, 478 şiddet, 505
Psikoz, 364
Psilocybin, 308
Psychodynamic terapiler
  bağımlı kişilik bozukluğu, 425
  histrionik kişilik bozukluğu, 417
  madde kullanımı, 319
  narsisistik kişilik bozukluğu, 420
  OKKB, 427
  paranoid kişilik bozukluğu, 422
Pulse gece klubü katliamı, 408
Putamen, OKB, 132, 132f
  Quetiapin, 386
Rap grupları, 155
Raphe nuclei, 180
Rasyonalizasyon, 44t
Reçeteli ilaç kötüye kullanımı, 476, 478
Reçeteli ilaçların kötüye kullanımı 476-477
Referans delüzyonları, 366
Referans fikirleri 403
Regresyon, 44t
Rekabet, 253
Reminyl, 487
Reseptörler, 37, 38f
Residüel evre, 369–370
Risk alma, 431
Risk değerlendirme, 506
Risperdal, 380
Risperidon, 386
Ritalin, 452–453
Ritüel önlemeli maruz bırakma, 131
Ritüeller, 129, 131, 134f
Rivastigmin, 487
RNA (ribunucleic acid), 485
Robinson – California'ya karşı, 506
Rogeryen kuram, 56–57
Rol yapma
  gestalt terapi, 57
  sosyal beceri eğitimi, 123
  Rome, antik, 8
Rorschach testi, 78, 78f
Rosa's Kanunu, 468
Rosenthal etki, 27
Rönesans, 9–10
Röntgenci, 352f
Rubella, 465
Ruh sağlığı bakımı, yasama ve yargı sistemlerinin etkisi 504–507
Ruh Sağlığı profesyonelleri 19–20, 19t
  etik ilkeler 512–514
  jüri danışmanlığı 509
  kişisel ve mesleki konular 519
  malpraktis davaları 508–509
  mesleki sınırlar 509
  uygulayacıların kişisel etkisi in, 518, 519
Ruminasyon kuramı, 198
Ruminatif tepkiler, 191
  belirtiler 365–369
    negatif, 368–369
    pozitif, 365–368
    psikomotor, 369
  intihar, 219–220
  tedavi, 380–394
  Tip I, 370
  Tip II, 370
Rutinler, 128f
  Rüya yorumu, 47, 47t
  Yaygın kaygı bozukluğu, 106
Saç yolma bozukluğu, 133–134
Sağlamlık, 151f
  akut-travma sonrası stres bozukluğu, 151
  psikoonöroimmunoloji, 257–258
Sağlığı sürdürme yaklaşımı, 492
Sahte komando türü toplu katliamlar, 408
Sahtekarlık, 431
Sakinleştiriciler, 40
Saldırganlık 406-445
  antisosyal kişilik bozukluğu 406, 409
  eğitimde ebeveynler 407-409
  ilişkisel 445
  intihar 224
  karanlık üçlü 429
  obsesif kompulsif bozukluk 426
  sınırda kişilik bozukluğu 410, 412
  zorbalık 226
Sanal gerçeklik terapisi, 63
  akut ve travma sonrası stres bozuklukları, 155
  fobiler, 119
Sanalttop, 195f
Saplanma, 44–45, 426
Sapma, 2, 3
  normlar, 3
Sarı kantaron 184f
Savaş, stres bozuklukları, 139–140, 143, 144, 150–151
  intihar, 217
  sanal gerçeklik terapisi, 155
  tedavi, 153–154
Savaşçı gen 445
Savaş-kaç tepkilerinde kortikostereoidler, 142, 142f
Savaş-kaç tepkisi, 102, 140–142
Savunma mekanizmaları, 43-44, 44t
Sayı sayma kompulsiyonları, 129
Sebebi olmayan hipertansiyon, 251
Seçici amnezi, 158
seçici konuşmazlık 439–440
Seçici mutizm, 439–440, 449t
Seçici norepinefrin geri alım inhibitörü, 184
Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRIs),184, 345
  obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, 427
  parafililer, 349
Seçkisiz atama, 26
  eşleştirme, 27
Sedatif-hipnotik ilaçlar, 111–112, 295, 299
  kötüye kullanım riski ve sonuçları, 304t
Sedative-hipnotik kullanım bozukluğu, 299
Seksizm, 345
Sembolik kayıp, 187–188
Sempatik sinir sistemi, 141, 141f, 142f
  antisosyal kişilik bozukluğu, 409
  psikoonöroimmunoloji, 257
Semptom-abartma çalışmaları, 27
Sendromlar, 88–89
Serbest çağrışım, 46
  depresyon tedavisi 188
  yaygın kaygı bozukluğu, 106
Serbest gezen kaygı, 102
Seri katiller, 511
Serotonin taşıyıcıları, 180
Serotonin, 38
  antisosyal kişilik bozukluğu, 409
  bipolar bozukluk, 205
  cinsel aruz, 332
  depresyon, 178–179
  intihar, 224
  kokain, 304
  LSD, 308
  MDMA, 314f
  OKB, 132, 133
  panik bozukluk, 126
  yaygın kaygı bozukluğu, 112
  yeme bozuklukları, 278
Sertleşme sorunu, 334–336
  tedavisi, 344, 345
Sertralin, 184
Shuttle kutusu, 191, 192f
Sıkıntı , 2, 3–4
Sıkma tekniği, 344
Sınıflandırma sistemleri 88-89
Sınıflandırma 398
sınırda kişilik bozukluğu 412
  depresyon 180
  halüsinasyon 367
  intihar 224
  işlevsellik sorunları 371, 373-374
  korku 38-39
  obsesif kompulsif bozukluk 132, 132f
  ödül 316-317, 317f
  panik bozukluk 124-125, 125f
  stres 148-149
  şizofreniyle ilişkili 373-374
  yeme bozuklukları 278-279
Sınırda Kişilik Bozukluğu 219
Sınırlı amnezi 157–158
Sınırlı duygulanım 369
Sınırlı duygusal tepkisellik, 431
sınırlı 368-369
Sialis 344-345
Sialis 344-345
Sibezorbalık, 437
Sifilis, 11, 465
Sigara içme, 305
Sigorta 18, 98
  cinsiyetçilik 345
  ruh sağlığı ekonomisi 515–516
  toplum programları 392
  yaşlı bakımı 492
Siklotimik bozukluk, 204
Sildenafil, 344, 344f, 345
Sinapslar, 37, 38f
Sinerjik etkiler, 312
Sineztezi, 308
Singulat korteks
  OKB 132, 132f
Sinir uçları, 37–38, 38f
Sinirler, 103

Sirkadyen ritm bozukluğu 252
Sistematik duyarsızlaştırma, 117–118
Sitokin, psikonöroimmunoloji, 257
Sivil itaat 504-506
  acil durum 504-505
  kimin tehlikeli olduğuna karar verme 505
  prosedürler 504
  sebepler 504
  sorunlar 505-506
  trendler 506
Sodyum amobarbital, 167
Sodyum fentobarbital, 167
Sodyum iyonları, bipolar bozukluk, 205
Somatik belirtileri olan bozukluklar, 246t
Somatik halüsinasyon, 367, 368
Somatizasyon örüntüsü, 242–243
Somatojenik perspektif, 11–12
Sonuç çalışmaları, 96
Sorun çözme beceri eğitimi, 447
Sorun çözme programları, 515
Sosyal bağlantılar, 61
Sosyal beceri eğitimi, 123
  depresyon, 193
  kaçıngan kişilik bozukluğu, 423
Sosyal beceri envanterleri, 82
Sosyal bulaşma etkisi, 220
Sosyal dışlama, 195–197, 195f
Sosyal etiketler, 60–61
  şizofreni, 377
Sosyal faktörler, yeme bozukluğu, 279–280
Sosyal geri çekilme, 369
Sosyal içe-dönüklük, 81
Sosyal ilişkiler ve mutluluk, 17
Sosyal işçiler, 19, 19t
Sosyal izolasyon ve yaşlanma, 228
  intihar, 218, 226
Sosyal karşılıklılık, 455
Sosyal kaygı bozukluğu, 51–52, 102, 120–123
  çocukluk, 439
  DSM-5, 89
  kaçıngan kişilik bozukluğu, 422
  nedenleri, 121–122
  profil, 121t
  seçici mutizm, 439–440
  sıklık, 103t, 121
  tanımı, 120
  tedaviler, 122–123
sosyal kaygı bozukluğunda 121-122
Sosyal medya, 517
  beden utanma, 288
  bedenden memnuniyetsizlik, 273
  cinsellik sonrası, 333
  ileri yaş, 480
  intihar, 216
  intiharla ilişkili tweetler, 227
  işte tarama, 77
  kaygı bozuklukları, 122
  kötüye kullanım, 31
  plastik cerrahi, 134
  ruh sağlığı, 19–20
  Selfi çekme, 419
  toplu histeri, 245
  yeme bozuklukları, 277, 279, 280
Sosyal ödüller, 189
Sosyal roller, 60–61
Sosyal terapi, şizofreni 390
Sosyal yanlılık, 454
Sosyal Yeniden Uyum Ölçeği, 255–256
Sosyokültürel koşullar ve kaygı bozuklukları, 136
  bipolar bozukluklar, 203 kronik ağrı, 247
  psikofizyolojik bozukluklar, 253
  ruh sağlığı, 66, 66f
  stres bozuklukları, 144
  yaygın kaygı bozukluğu, 103, 105
  yeme bozuklukları, 279
  zihinsel engellilik, 462
Sosyokültürel kültürel terapiler, Alzheimer, 490
  for madde kullanımı, 322–325
  nörobilişsel bozukluklar, 490
Sosyokültürel model, 19, 36, 60–68
  aile sosyal kuramı, 60–65
  cinsel istek, 332, 334
  çokkültürlülük kuramı, 66–67
  değerlendirme, 67–68
  depresyon, 195–197, 197–199
  histerik kişilik bozukluğu, 417
  intihar, 222–223
  madde kullanımı, 313–314
  narsisistik kişilik bozukluğu, 419
  otizm spektrum bozukluğu, 456
  psikofizyolojik bozukluklar, 253–254
  sınırda kişilik bozukluğu, 412
  şizofreni, 376–378
  yaygın kaygı bozukluğu, 103–104
  zihinsel engellilik, 464
Sözel kompülsiyonlar, 129
SRO'lar, 393
Stalklama, 370f
Standardizasyon, 74
Stendra, 344, 345
Stereotip, 454
Steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar, 489
Stigma, 76
  aşırı kilo, 279–280
  cinsel sorunlar, 349
Stres aşılama eğitimi, 261
Stres aşılama eğitimi, 261
Stres tepkileri, 140
Stres tepkileri, 140
Stres yolları, 148–152, 178, 182, 200, 256–257, 378–379
Stres yolları, 148–152, 178, 182, 200, 256–257, 378–379
Stres, 139–171
  akut stres bozukluğu, 142–156
  baş etme, 170
  disosiyatif bozukluklar, 157–170
  ebeveynlerin çocuklardan haberdar olması, 438f
  fiziksel hastalık, 255–256
  ileri yaş, 472–474
  intihar, 217–218, 226–227
  kurtulma aktiviteleri, 250f
  peripartum depresyon, 179
  savaş-kaç tepkileri, 140–142
  şizofreni, 378–379
  tek uçlu depresyon, 177
  tepkiler, 139–140
  travma sonrası stres bozukluğu, 142–156
  w
  yaşam olayları, 255t
Stres-azaltma programları, 515
Stres-azaltma programları, 515
Stresörler, 140
Stresörler, 140
Stria terminalisin yatak çekirdeği 111
Striatum, 278
  dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, 452
  madde kullanımı, 316–317, 317f
  OKB, 132, 132f
  otzsm spektrum bozukluğu, 457
  şizofreni, 373–374, 374f
Subgenual singulat, depresyon, 180, 180f
Substantia nigra, şizofreni, 373–374, 374f
Suç örüntüleri, 510–511
  Suçlu ama akıl hastası, 500
Superego, 44
Supervize evler, 382, 391
Susan G. Komen "Race for the Cure," 258f
Sürdürme terapisi, 322
Sürdürüm terapisi 183, 285
Sürekli amnezi, 157
Sürekli unutma, 157f
Süreklik terapisi, 183
Sürtünmecilik bozukluğu, 352
Sütun sonu
Sybil (film), 157, 162–163
Şeytan tarafından ele geçirilme, 7–9
Şiddet, 505
  nefret suçları, 407t
  toplu katliamlar, 404f, 408
  yordama, 505–506
şiddetli 464
Şizofreni spektrum bozuklukları, 364, 364t
  Şizofrenimsi bozukluk, 364t
şizofreni 387-389
Şizofrenide neolojizm, 366
Şizofrenide yatkınlık-stres modeli, 370, 378–379
Şizofrenik anneler, 375
Şizofreninin virak kuramı, 374
şizoid kişilik bozukluğu 402
şizotipal kişilik bozukluğu 404
Şizotipal kişilik bozukluğu, 398, 403–404, 411t
Şüphecilik, 430
Tadalafil, 344, 345
Takip edilme delüzyonu, 365–366
Tam ay, 10
Tanatos, 222
  tanım, 3
  tanımı, 356
  tanımı 102
Tarantizm, 9
Tarasoff, the University of California'ya karşı, 513
Tardif diskinezi, 385–386
Taşırma, 118
Tat alma halüsinasyonları, 367, 368
Tau proteinleri, 484, 488
Tavsiye verme 512
Tavuskuşu giyim, 334f
Tazer çözümü, 504f
Tecavüz travma sendromu (RTS), 147
Tecavüz, 145, 147
  alkol, 298
Tedavi edici ortam (Milieu) terapisi 382, 391
Tedavi hakkı, 506–507
Tedavi sonrası bakımevi 508
  tedavi, 346
Tedavi, 6–7, 94–98
  akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 153–156
  akut ve travma sonrası stres bozukluğu, 153–156
  Alzheimer ve nörobilişsel bozukluklar, 487–490
  antisosyal kişilik bozukluğu, 409–410
  bağımlı kişilik bozukluğu, 424–425
  bipolar bozukluğu, 206–208
  biyolojik, 40-42
  cinsel işlev sorunları, 341–347
  çocukluk dönemi kaygı bozukluğu, 440
  davranım bozukluğu, 445–448

dikkat-hiperaktivite bozukluğu, 452–453
disosiyatif bozukluk, 166–168
ekonomisi, 17, 18, 98
etkililik, 96–98
fiziksel bozukluklar, 259–262
histrionik kişilik bozukluğu, 417
intihar, 230–234
kaçıngan kişilik bozukluğu, 422–423
kararlar, 95–96
konversyon ve bedensel belirti bozukluğu, 247–248
madde kullanım bozuklukları, 319–325
narsisistik kişilik bozukluğu, 420
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 426-427
OKB, 130, 131–132
otizm spektrum bozukluğu, 458–460
panik bozukluk, 127
paranoid kişilik bozukluğu, 401
pedofili bozukluğu, 353
profesyoneller, 19
sınırda kişilik bozukluğu, 414–415
sonuçta etkili faktörler, 96f
sosyal kaygı bozukluğu, 122–123
şizofreni ve diğer ciddi akıl hastalıkları, 380–394
şizoid kişilik bozukluğu, 402–403
şizotipal kişilik bozukluğu, 404
tanımı, 6
tek uçlu depresyon, 189, 192–195, 196–197, 199
telemental s, 20
zamanlama, 68, 70
tedavisi, 445–448
tedavisi 153-156
tedavisi 40-42
Tedaviye destek bakım, 447
Tedaviye destek bakım, 447
Tedaviyi reddetme hakkı, 507
tek göz odalı oteller (SROs), 393 Single-Deneysel desende örneklem, 28–29
Tek tip miti, 97
Tek uçlu depresyon, 174–201
aile-sosyal perspektif, 195–197
bilişsel-davranışçı model, 188–195
biyolojik görüş, 177–187
çokkültürlülük modeli, 197–199
egzersiz, 182
psikodinamik model, 187–188
semptomları, 174–176
sosyokültürel model, 195–197
stres, 177
tanı koyma 176–177
tedavi, 189, 192–195, 196–197, 199, 208
beyin uyarımı, 184–187
biyolojik yaklaşım, 181–187
psikolojik yaklaşım, 188
sosyokültürel yaklaşım, 197–199
yaygınlık, 174
tek uçlu depresyon 181, 183
Tek yönlü amnezik ilişkiler, 161
Teknoloji, akıl sağlığı, 19–20, 516–518
kaygı bozuklukları, 122
otizm spektrum bozuklukları, 456f
siber zorbalık, 437
Tekrarlayıcı davranış, 455
Telemental sağlık, 20, 53f, 517
Tematik Algı Test, 79
Teme irrasyonel varsayımlar 107
Temizleme kompulsiyonları 129, 131, 132
Temporal korteks, antisosyal kişilik bozukluğu, 409
Temporal loblar, Alzheimer hastalığı, 485
Tepki envanterleri, 82
Tepki önlemeli maruz bırakma, 131
beden dismorfik bozukluğu, 135
bulimia nervosa, 287
hastalık kaygısı bozukluğu, 249
Tepkisel depresyon, 177
Tepkisellik, 87
Terapi sonuç çalışmaları, 96
Terapi, 6–7. Ayrıca baknz İlaç terapisi
aile sistemleri, 63–64
aile-sosyal, 62–65
avatar, 63, 388, 389f, 517
bilişsel işlemleme, 153
bilişsel, 193–195
bilişsel-davranışçı, 53
çocuk merkezli, 440
çokkültürlü, 67
akılcı-duygusal, 109
cinsiyet, 341–347
çok sistemli, 446
iyileştirici, 27f, 349
nesne ilişkileri, 401
oyun, 440
psikodinamik, 46–48
Rogeryen insancıllık, 56–57
sanal gerçeklik, 63, 119, 155
telemental sağlık, 20, 53f, 517
danışan- merkezli, 55–57, 106–107
elektrokonvulsif, 42, 184–185, 204, 475, 507
etkililik, 96–98
gestalt, 57–58
gülmek, 196f
itici uyaranla, 319–320, 350, 355, 355f
kabul ve kararlılık, 110, 195, 321
konversiyon, 27f
maruz bırakma, 52, 117–119, 154–155, 247
milieu, 382, 391
sürdürme, 183
tanımı, 6
uzak mesafe, 517, 517f
varoluşçu, 58–59
Terapistin yorumlaması, 46–47
Terapötik topluluklar, 324
Terörizm, 145–146, 447f
korku, 114
uzlaşma, 514
Tersine anoreksiya nervosa, 282
Tersine desen, 28–29
Test soruları, 82
Testler
kişilik, 80–82
nöropsikolojik, 85
projektif, 77–80
psikofizoylojik, 82–83
tepki envanterleri, 82
zeka, 85–86 neurological, 84–85, 84f, 85f
Testosteron, 331–332
Gecikmiş boşalma, 338
transgender işlevsellik, 358
Test–retest güvenirliği, 74
tetikleyicileri 153-156
Tetrahydrocannabinol (THC), 309–310, 311
The Soloist (kitap, film), 14f
The Three Faces of Eve (film), 21, 22, 157, 162
TheTruth.com, 324
Thorazin, 383
Tıbbi bakım 18
Tıbbi destekli intihar, 229, 230f
Tıbbi yardım 18
Tıkanırcasına içme 295, 297
Tıkanırcasına yeme 268, 270-271
Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu 266, 272, 274 tedavisi 289-290
Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipi anoreksiya nervosa 266
Tip 1 dikkat süreçleri, 451–452
Tip 2 dikkat süreçleri, 451–452
Tiramin, 181
Tolerans, 16, 294
alkol, 298
halüsiinojen, 308
ilaç sürdürme terapisi, 322
kannabis, 310
kumar oynama bozukluğu, 325
nörotransmiter, 316
opioidler, 300
sedatif-hypnotik ilaçlar, 299
tanımı, 295
uyarıcılar, 307
Toplum evleri, 466
Toplum ruh sağlığı merkezleri, 390–391
Toplum ruh sağlığı önleme programları, 324–325
Toplum ruh sağlığı programları, 9–10
Toplum ruh sağlığı tedavi yöntemi, 65
Toplumsal Ruh Sağlığı Hareketi, 390
Toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği 455
Topulmsal ruh sağlığı yaklaşımı, 14
başarısızlıklar, 392
etkileri, 390–392
hizmette sınırlılıklar, 392
önleme programları, 16
pottansiyeli, 393–394
şizofreni, 390–393
transcinsellik 357
Transferans/aktarım, 46
bağımlı kişilik bozukluğu, 425
karşıt aktarım, 519
yaygın kaygı bozukluğu, 106
Transkranial magnetik uyarım (TMS), 42, 186–187, 186f
Transorbital lobotomi, 350
Transseksüel kimlik bozukluğu, 356
Transvestizm, 350–351
Travesti bozukluğu, 350–351
Travma
akut stres bozukluğu, 139, 142–156
odaklanmak, 170
trama sonrası stres bozukluğu, 139, 142–156
Travma sonrası stres bozukluğu (PTSD), 139, 142–156
biyolojik faktörler, 148–149
çocuklar, 447f
çocukluk deneyimleri, 150
destek sistemleri, 150
disosiyatif belirtiler, 143
karmaşık, 151
kişilik tarzları, 150
tanımı, 142, 143t
tecavüz sonrası, 145, 147
tedavisi, 153–156
tetikleyicileri, 144–147
travmanın şiddeti ve doğası, 150–151
travmanın şiddeti ve doğası 150-151
Travmatik beyin hasarı, 487
Trefinasyon, 7
Trefinasyon, 7
Trevor projesi, 232
Trevor projesi, 232
Trevor Yaşam Çzigisi, 232

Trevor Yaşam Çzigisi, 232
Trikotilomani, 133–134
Trikotilomani, 133–134
trisiklik 183-184
Trisiklikler, 183–184
Trisiklikler, 183–184
Triszmi 21, 464
Triszmi 21, 464
Tutkal çekme, 318f
Tutumlar 50
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 150
cinsel terapi 343
depresyonda 194-195
Tuvalet eğitimi, 426f
enkoprezis, 449
enürezis, 448
Tüple besleme, 283 Tuskegee Sifiliz Çalışması, 30f
Tüple besleme, 283 Tuskegee Sifiliz Çalışması, 30f
Tüple ve damardan beslenme 283
Tütün, 305
UCLA Yalnızlık Ölçeği, 258
Uçucu kullanım bozukluğu 318f
Ulusal çıkar grupları, 393
Umursamazlık, 406
Unutkanlık 164
Uyarıcı kullanım bozukluğu, 307
Uyarıcılar, 295, 303–307
amfetaminler, 306–307
çocuklarda bipolar bozukluğu, 443
davranım bozukluğu, 447
dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, 452-453
kokain, 303–304, 306
Uyarılma 140-142
akut stres bozukluğunda 142
akut ve travma sonrası stres bozukluğunda 148-149
Uyarılmış potansiyeller, 163
uygunsuz 368
Uyku apnesi, 252
Uyku bozuklukları, 252
Uyku sorunları, 252
anoreksiya nervosa, 267
depresyon, 176
Kukla adam, 366f
peripartum depresyon, 179
Uyku terörü, 252
Uyum bozukluğu 148f
Uzaktan terapi 517, 517f
Uzamış maruz bırakma, 154
Uzman tanıklığı, 512
Uzman tanıklığı, 512
Şahit olmak, 509–510
Uzun ömür 473
Uzun süreli bakım 491–492
Ülser, 249–250, 262
Ümitsizlik
depresyon, 192
intihar, 218
Üniversite öğrencileri
alkol kullanımı, 296, 297, 298
cinsel saldırı, 147
endişe ederek geçen zaman, 108f
intihar, 227
mesajlaşma alışkanlıkları, 190
sosyal bağlantılar ve destek, 61
stressörler, 256
yeme bozuklukları, 270, 278, 282, 290–291
Ünlülerin intiharlarının model olması 220
üst endişe, 108
Üst-bilişsel kuram 108
Üst-endişeler 108
Üzerinde çalışma, 47
Vagus sinir uyarımı (VNS), 42, 185–186, 186f
Vajinismus, 340
vaka çalışmaları, 22
Vaka çalışmaları 21-22, 21f
faydaları 21-22
güçlülük ve zayıflıkları 24t
sınırlılıkları 22
tanımı 21
tek vakalı deneyler 29
Vaka yöneticisi 392
Vakumla sertleştirme cihazları (VEDs), 344
Valproat, 206
Valproat, 206
Vardenafil, 344, 345
Varoluşsal kuramlar, 55, 58–59
Varoluşsal terapi, 58–59
Varsayımlar 50
yaygın kaygı bozukluklarında işlevsiz olanlar 107-108, 109
Vasküler nörobilişsel bozukluk, 486
Vekaleten Munchausen sendromu, 240
Ventral tegmental alan, 316–317, 317f
Ventromedial hipotalamus (VMH), 278
Ventromedial nucleus, Hipotalamus, panik bozukluk, 125
Viagra, 344, 344f, 345
Vicodin, 302
Video ile model alma, 446
Videokonferans yöntemi, 446, 517, 517f
Whiplash (film), 244
Wikipedia, 78
Wyatt,. Stickney'e karşı,506
Yakınlıktan kaçınma 431
Yalan detektörleri 82, 83
Yalnızlık 258
Yan etki
antipsikotik ilaçlar, 42, 385–386
ekstrapiramidal, 385–386
lityum, 380
Yanlılık-vaka çalışmalarında 22
araştırma katılımcıları 26
Batıda bedensel belirtiler 247
deneycide 26-27
gözlemci 87
klinik görüşmelerde 77
projektif testler 79
Yansıtma, 44t
Yansıtmalı testlerde çizimler, 79
Yapay bozukluk, 238–240, 239t
başkasına yüklenen, 240
Bedensel beliritlerle, 246t
Yapaylık kuramı 198
Yapılandırılmamış görüşmeler, 76
Yapılandırılmış görüşmeler, 76
yapılar 37
Yaratıcılık ve anormallik 204
Yardımcı T-hücreleri, 256
Yargılama yetersizliği 502–503
Yarı deneysel desenler, 27–29
analog deneyler, 28
boylamsal çalışmalar, 29
doğal deneyler, 28
epidemiyolojik çalışmalar, 29
eşleştirilmiş, 27
tekli vaka çalışması, 28–29
Yarıyol evleri, 382, 391
Yas kampları, 443f
Yas ve depresyon, 187–188
Yasa bağlı intihar 228
Yasal alan 496
yasal konularda psikolojik araştırma 509–511
Yasal ve etik konular 494-521
araştırma 30–32, 512
araştırma katılımcılarını korumak 30–32
cinsel suçlular 352
çocuk hakları 468–469
entelektüel yetersizlik 467, 468
gelişmiş sorgulama 514
hasta hakları 506–508
hayvan hakları 21, 32f
hukuk ve ruh sağlığı 496–511
jüri danışmanlığı 509
malpraktis davaları 508–509
profesyonel sınırlar 509
ruh sağlığı ekonomisi 515–516
ruh sağlığı uzmanları için etik kurallar, 512–514
ruh sağlığında iş hayatı ve ekonomi 515–516
sigorta kapsamı 16, 18
sosyal medya araştırmaları 31
teknoloji ve ruh sağlığı 516–518
uyuşturucu için TV reklamları 41
yasal konularda psikolo jik araştırma 509–511
yasama ve yargı sistemlerinin ruh sağlığı bakımı üzerindeki etkisi 504–507
Yaşam değişikliği birimi (YDB/SUD) 255
Yaş ve intihar 225-230
Yaşam boyu cinsel işlev bozukluğu, 330
Yaşam döngüsü ve cinsellik 333
Yaşam içgüdüsü, 222
Yaşam stresi kuramı 198
Yaşlanmada ırk ve etnik köken, 230, 491
adli psikoloji , 502f
alkol kullanımı, 296–297 Alzheimer hastalığı, 481
cinsel suçlar ve kanun, 502
çokkültürlü model, 36, 66–67
depresyon, 197–199
dikkat eksikliği ve hiperaktivite, 453–454
ileri yaş, 491f
intihar, 217, 217f, 227–228, 230
kaygı bozuklukları, 102
kişilik bozuklukları, 426
madde kullanım bozukluğu, 295, 295f, 313
önyargı ve ayrımcılık, 66–67
projektif testler, 79
psikofizyolojik sorunlar, 253–254
Sosyal Yeniden Uyum Ölçeği, 256
stres bozuklukları, 144
şizofreni, 376–377
tanı ve değerlendirme, 81t, 82
yeme bozuklukları, 281
zeka testleri, 86
Yaşlanmayla ilişkili bozukluklar 470-493
Alzheimer hastalığı 471-472
biliş 479-490
demografik bilgiler 472-477
etkileyen konular 491-492
intihar 228-230
kaygı 475-476
madde kullanımı 476, 478
nörobilişsel 472, 479-490
psikotik durum 478
stres 472-474
Yaşlıların günlük bakımı, 490
Yatılı tedavi programları, 323, 447
yatıştırıcı-hnptoki ilaçlar, 299

anorekisya nervosa, 268
belirtiler, 174–176
beyin kimyası, 38
bilişsel-davranışçı görüş, 188–195
biyololjik görül, 177–187
body tatminsizlik, 273
cinsel istek, 332
çocuk istismarı, 442
çocuklarda, 440–443
Depresyon
doğal deneyler, 28
doğum sonrası, 179
egzersiz, 182
gelişimsel psikopatoloji perspektifi, 200
ilaçla tedavi, 14, 40
ileri yaşta, 474-475
intihar, 219–220, 224, 228
kadında orgazm bozukluğu, 339
MMPI ile değerlendirme, 80
önyargı ve ayrımcılık, 66–67, 68
psikodinamik model, 187–188
sıklık, 16, 174
sosyokültürel model, 195–197
stres, 177
tanı koyma, 176–177
tanımı, 173
tek uçlu, 173–201
yaşam stresiyle korelasyonu, 22–23, 23f
yeme bozuklukları, 272, 276–277
Yaygın amnezi, 157
Yaygın cinsel işlevsizlik, 330
Yaygın kaygı bozukluğu, 89, 102–112
bilişsel-davranışçı model, 107–110
biyolojik perspektif, 110–112
ilaç terapisi, 111–112
insancıl perspektif, 106–107
psikhodinamik perspektif, 105–106
sosyokültürel perspektif, 103–104
yaygınlık, 103t
Yaygınlık, 29
Yeme Bozukluğu Envanteri, 284f Yeme Bozuklukları, 29, 265–291
anoreksiya nervosa, 266–268
beden memnuninetsizliği, 273
beden utancı, 288
bilişsel-davranışço model, 276
bulimia nervosa, 266, 268–272
çokkültülü faktörler, 281–282
depresyon, 276–277
nedenleri, 275–282
önleme, 290-291
örtüşme, 269f
psikodinamik faktörler, 275–276
sosyal baskılar, 279–280
tedavi, 283–290
tıkanırcasına yeme, 272, 274
yeme bozuklukları 271
yeme bozuklukları 278
Yeni dalga bilişsel davranışçı terapi, 53, 109, 110, 195
diyalektik davranışçı terapi, 231, 414-415
sınırda kişilik bozukluğu, 414–415
şizofreni, 389
Yeni Yaklaşım hareketi, 97
Yeniden cinsiyet atama ameliyatı, 358
Yer değiştirme, 44t
Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği
Yineleyici cinsel sorunlar, 347
Yineleyici depresif bozukluk, 89
bileşenleri, 177t
tanımı, 176–177
Yiyecekle meşguliyet, 267
Yoksun bırakarak işkence, 146
Yoksunluk, 294–295, 321, 322, 323
alkol, 298
halüsinojenler, 308
opioidler, 300–301
sedatif-hipnotik ilaçlar, 299
uyarıcılar, 307
Yollar, 69
Yordayıcı geçerlik, 75
DSM-5, 91–92
York Retreat, 10
Yönelndirilmiş mastürbasyon eğitimi, 346
Yüksek-risk çalışmaları, 29
Yüz yaşını devirenler 473
Yüzeyel geçerlik, 75
Zamansal aciliyet, 253
Zamir dönüşümü, 455
Zeka katsayısı (ZK) 85–86, 461
Zeka testleri 85–86, 461
Zero Degrees of Empathy (Baron-Cohen), 413
Zevk döngüsü, 316–317, 317f
zevk merkezi 316, 317f
Zevk prensibi, 43
Zihin körlüğü 456
Zihin kuramı, 456
Zihinsel bozukluğu olan cinsel suçlu 501–502
Zihinsel bozukluğu olan kimyasal madde kullanıcıları (MICAs) 391
Zihinsel dengesizlik 496
Zihinselleştirme 413, 456
Ziprasidon, 386
Zoloft, 184
Zorbalık 436-438, 517
intihar 226
siber 438

RONALD J. COMER | JONATHAN S. COMER

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ: PROF. DR. ORÇUN YORULMAZ

# ANORMAL PSİKOLOJİNİN *Temelleri*

*Fundamentals of*
Abnormal Psychology

*Anormal Psikolojinin Temelleri* adlı bu kitap, en temelde aslında herkesi ilgilendiren bir konu olan psikolojik sağlık konusuna odaklanmaktadır. Psikolojik sağlık konusundaki açıklamalar ile başlayan kitap, oradan psikolojik rahatsızlıkları bilimsel açıdan kapsamlı bir sınıflandırmaya ve bilgi seline doğru sizi bir yolculuğa çağırıyor. Sınıflandırma derken de kitabın psikolojik rahatsızlıkları veya bozuklukları tanımlarken sadece sınıflandırma bilgileri ve belirtilere odaklandığını da düşünmeyin. Sınıflandırmanın yanı sıra kitap, her bir kategorideki spesifik psikolojik bozuklukların betimleyici tanı özelliklerini, belirtilerini, ayırıcı niteliklerini, rahatsızlıklara özgü bilimsel ve kuramsal açıklamaları ve de tabii ki farklı tedavileri ayrıntılı şekilde ele alıyor. Ayrıca kitapta her bir psikolojik soruna özgü güncel literatür tartışmaların yanında sosyal medya, teknolojik gelişmeler ve haberler gibi rahatsızlıkları daha iyi şekilde anlatmaya yardımcı olan ekstra malzemelerden de faydalanıyor. Bu sayede sadece bilgi yüklü bir kaynağın ötesinde okuyucuya rahatsızlıkların türü, etkileri ve sonuçlarını gündelik yaşam koşullarıyla olan ilişkileriyle birlikte bütünsel biçimde aktarıyor; bu yolla da insanda merak ve ilgi uyandıran önemli bir kaynağa dönüşüyor. Dolayısıyla bu kitap, psikolojik sağlık ile direkt ilişkili olan psikoloji, psikiyatri, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, sosyal çalışma, hemşirelik, sağlık yöntemi gibi birçok farklı bilim dalında eğitim veren üniversitelerdeki bölümlerde okuyan öğrencilerin yanı sıra psikolojik sorunlar ve tedavisine ilgi duyan hemen herkese hitap eden bir referans kaynak gibi de görülebilir. Dokuzuncu basımın çevirisi olan bu kitabı edindiğinizde daha uzun yıllar boyunca kullanılabilecek temel referans kaynaklarından birine sahip olacağınızdan emin olabilirsiniz.

THG 0173027 UEA

worth publishers
Macmillan Learning
New York

nobel
AKADEMİK YAYINCILIK
www.nobelyayin.com
nobelyayin | nobelkitap | nobelcocuk | nobelyasam | nobelcocukyayin

ISBN 978-625-417-979-2

www.nobelyayin.com E-KİTAP kiralamak için
atlaskitap.com
www.nobelkitap.com