DSM 5

Çeviri Editörü: Muzaffer Şahin

ANORMAL PSİKOLOJİDE VAKA ÇALIŞMALARI

Case Studies in Abnormal Psychology

Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları kitabının 10. basımının 3 temel amacı bulunmaktadır:

- ☑ çeşitli klinik problemlerin ayrıntılı tanımlarını yapmak,
- ☑ bu sorunların değerlendirileceği ve tedavi edilebileceği bazı yolları göstermek ve
- ☑ söz konusu bozuklukların yaygınlığı ve nedenleri ile ilgili mevcut kanıtları tartışmak.

Kitap, hem **anormal psikoloji** ile ilgili hem *lisans* hem de *yüksek lisans* dersleri için uygundur. Ruhsal sağlık sorunlarının en iyi nasıl kavramsallaştırılacağını ve tedavi planlanacağını öğreten psikiyatri, psikoloji, psikolojik danışmanlık, sosyal hizmetler ve hemşirelik bölümlerindeki çeşitli uygulamalı derslerde de yararlı olabilir. Tek başına veya anormal psikoloji ile ilgili standart bir ders kitabına ek olarak kullanılabilir.

THOMAS F. OLTMANNS - MICHELE T. MARTIN - JOHN M. NEALE - GERALD C. DAVISON

WILEY

nobel

NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD ŞTİ.
Ankara Büro: Mithatpaşa Cad. No.: 74/4 Kızılay ANKARA
Tel: +90312 418 20 10 Faks: +90312 418 30 20
Rasimpaşa Mah. Rıhtım Cad. Nemlizade Sok. Güleryüz Apt.
No:9 Daire:3 Kadıköy / İSTANBUL Tel-Faks: +902 16 418 20 10
nobel@nobelyayin.com - www.nobelyayin.com

KORSANI DEĞİL BENİ OKU

Okuyucu öneri ve eleştirileri için
okuyucu@nobelyayin.com
facebook.com/nobelyayin
twitter.com/nobelyayin
twitter.com/nobelkitap

BİLİNÇ VE EMEĞİ EVET
FOTOKOPİ KORSANLIĞI HAYIR
www.nobelkitap.com

ISBN 978-605-320-622-4
9 786053 206224

Case Studies in Abnormal Psychology
ANORMAL PSİKOLOJİDE VAKA ÇALIŞMALARI
Çeviri Editörü Muzaffer Şahin
OLTMANNS-MARTIN NEALE-DAVISON
DSM 5
nobel

Onuncu Basımdan Çeviri
Tenth Edition

Çeviri Editörü
Muzaffer Şahin

Case Studies in Abnormal Psychology

ANORMAL PSİKOLOJİDE VAKA ÇALIŞMALARI

DSM 5 GÜNCELLEMESİ İLE

THOMAS F. OLTMANNS
MICHELE T. MARTIN
JOHN M. NEALE
GERALD C. DAVISON

nobel

DSM-5 Güncellemesi ile

Anormal Psikolojide
Vaka Çalışmaları

Onuncu Basımdan Çeviri

Thomas F. Oltmanns
Michele T. Martin
John M. Neale
Gerald C. Davison

Case Studies in Abnormal Psychology

Tenth Edition

Çeviri Editörü
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
İstanbul Arel Üniversitesi

WILEY

nobel

NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ.

Yayın No.: 1715
Psikoloji/Ruh Sağlığı ve Psikoterapiler: 087
ISBN: 978-605-320-622-4
© 10. Basımdan Çeviri, Mart 2017

ANORMAL PSİKOLOJİDE VAKA ÇALIŞMALARI

Case Studies in Abnormal Psychology
Thomas F. Oltmanns, Michele T. Martin, John M. Neale, Gerald C. Davison

Çeviri Editörü: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

Copyright 2017, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO.: 20779

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.

Copyright © 2015, 2012, 2009, 2007 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved. This translation published under license. All rights reserved. Turkish edition copyright 2017 by Nobel Akademik Yayıncılık. All rights reserved.

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Dizi Editörü: Naim Dilek -naim@nobelyayin.com-

Redaksiyon: Gönül Ekici -gonul@nobelyayin.com-
Sayfa Tasarım: Gülbeyaz Güler -gulbeyaz@nobelyayin.com-
Kapak Tasarım: Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı ve Cilt: Genç Ofset Sertifika No.: 29677
Sugüzeli Sok No.:18/3 İskitler/Ankara

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

Oltmanns, Thomas F., Martin, Michele T., Neale, John M., Davison, Gerald C.
Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları / Thomas F. Oltmanns, Michele T. Martin, John M. Neale, Gerald C. Davison
Case Studies in Abnormal Psychology / *Muzaffer Şahin*
10. Basımdan Çeviri, xii + 320 s., 155x215 mm
Kaynakça yok, dizin var.
ISBN 978-605-320-622-4
1. Anormal Psikolojide Vakalar 2. Psikopatolojide Vakalar 3. Vaka Çalışmaları

Genel Dağıtım: ATLAS AKADEMİK BASIM YAYIN DAĞITIM TİC. LTD. ŞTİ.
Sipariş: -siparis@nobelyayin.com-
Telefon: +90 312 278 50 77 - Faks: 0 312 278 21 65
e-satış: www.nobelkitap.com - esatis@nobelkitap.com
Bilgi: www.atlaskitap.com - info@atlaskitap.com

Dağıtım: Alfa, Arasta, Final, Gökkuşağı Dağıtım, Kida, N-T mağazaları ve Prefix

NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD ŞTİ.
Ankara Büro: Mithatpaşa Cad. No.: 74/4 Kızılay ANKARA
Tel: +90312 418 20 10 Faks: +90312 418 30 20
Rasimpaşa Mah. Rıhtım Cad. Nemlizade Sok. Güleryüz Apt.
No:9 Daire:3 Kadıköy / İSTANBUL Tel-Faks: +90216 418 20 10
nobel@nobelyayin.com - www.nobelyayin.com

BİLİME ve EMEĞE EVET! FOTOKOPİ ve KORSANA HAYIR!

www.nobelkitap.com

ÇEVİRİ EKİBİ

Çeviri Editörü: Yrd. Doç Dr. Muzaffer Şahin/*İstanbul Arel Üniversitesi*

1. Otizm Spektrum Bozukluğu
   Klinik Psikolog Selin Temizel/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
2. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu
   Klinik Psikolog Selin Temizel/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
3. Paranoid Sanrılı Şizofreni
   Klinik Psikolog Selin Temizel/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
4. Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk,
   Opiyat Kullanımı Bozukluğu ve Şiddet
   Klinik Psikolog Selin Temizel/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
5. Bipolar Bozukluk
   Klinik Psikolog Selin Temizel/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
6. Majör Depresif Bozukluk
   Klinik Psikolog Gizem Sarısoy/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
7. Panik Bozukluk, Agorafobi ve Yaygın Kaygı Bozukluğu
   Klinik Psikolog Gizem Sarısoy/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
8. Obsesif Kompulsif Bozukluk
   Klinik Psikolog Gizem Sarısoy/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
9. Biriktirme Bozukluğu
   Klinik Psikolog Gizem Sarısoy/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Tecavüz Travması
    Klinik Psikolog Gizem Sarısoy/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
11. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu
    Klinik Psikolog Kerim Selvi/ *ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*
    Araştırma Görevlisi

12. Somatik Semptom Bozukluğu
Klinik Psikolog Kerim Selvi/ *ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi Araştırma Görevlisi*

13. Yeme Bozukluğu: Anoreksiya Nervoza
Klinik Psikolog Kerim Selvi/ *ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi Araştırma Görevlisi*

14. Yeme Bozukluğu: Bulimiya Nervoza
Klinik Psikolog Kerim Selvi/ *ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi Araştırma Görevlisi*

15. Parasomni: Kâbus Bozukluğu ve İzole Uyku Felci
Klinik Psikolog Kerim Selvi/ *ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi Araştırma Görevlisi*

16. Cinsel İşlev Bozukluğu: Kadında Orgazm Bozukluğu ve Erken Boşalma
Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*

17. Cinsiyet Disforisi
Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*

18. Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu
Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın/*ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi*

19. Alkol Kullanım Bozukluğu
Dr. Derya Gürcan Yıldırım

20. Paranoid Kişilik Bozukluğu
Dr. Derya Gürcan Yıldırım

21. Sınırda Kişilik Bozukluğu
Dr. Derya Gürcan Yıldırım

22. Parafili Bozuklukları: Egzibisyonizm (Teşhircilik) ve Frottörizm (Sürtünmecilik)
Dr. Derya Gürcan Yıldırım

Ön Söz ve Dizin
Çeviri Editörü Yrd. Doç. Muzaffer Şahin/*İstanbul Arel Üniversitesi*

ÖN SÖZ

Anormal psikoloji üzerine yazılan birçok ders kitabı, gerçek klinik vakaların kısa tanımlamalarını içerir. Bununla birlikte, öğrencilerin bu kişilerin sorunlu yaşantılarındaki benzersiz karmaşıklıkları net bir şekilde anlamaları için, sunumlar mutlaka kısa ve çok parçalıdır. Danışanın gelişimsel öyküsünü, bir terapistin sorunu kavramsallaştırma biçimini, bir tedavi planının formülasyonunu ve uygulanmasını veya bir bozukluğun uzun yıllar boyunca gidişatını tarif edemezler. Bu kısa açıklamalardan farklı olarak, ayrıntılı bir vaka çalışması, bir bozukluk hakkında önemli bilgilerin organize edileceği bir temel sağlayabilir. Bu, öğrencinin soyut teorik ve araştırma konularını anlamasına ve hatırlamasına yardımcı olur.

Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları kitabının 10. basımının amacı, üç yönlüdür: (a) çeşitli klinik problemlerin ayrıntılı tanımlarını yapmak, (b) bu sorunların değerlendirileceği ve tedavi edilebileceği bazı yolları göstermek ve (c) söz konusu bozuklukların yaygınlığı ve nedenleri ile ilgili mevcut kanıtları tartışmak. Kitap, hem anormal psikolojisiyle ilgili hem lisans hem de yüksek lisans dersleri için uygundur. Ruhsal sağlık sorunlarının en iyi nasıl kavramsallaştırılacağını ve tedavi planlanacağını öğreten psikiyatrik sosyal hizmetler veya hemşirelik bölümlerindeki çeşitli uygulamalı derslerde de yararlı olabilir. Tek başına kullanılabilir veya anormal psikolojisiyle ilgili standart bir ders kitabına ek olarak kullanılabilir.

Kitaba dâhil olan vakaları seçerken, psikotik bozukluklardan (ör., şizofreni ve bipolar bozukluk) kişilik bozukluklarına (ör., paranoid ve sınırda kişilik bozukluğu) ve çeşitli çocukluk ve yaşlanma bozukluklarına (ör., dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu) kadar çeşitli problemlerden örnekler aldık. Anormal psikolojisiyle ilgilenen öğrenciler için belirli problemleri örnekleyen vakalara kasten odaklandık. Bununla birlikte, tüm vakaların belirli tanısal kalıplara düzgün şekilde uyduğunu ima etmek istemiyoruz. "Klasik" davranışsal belirtileri (ör., halüsinasyonlar, kompulsif ritüeller veya özel korkular) tanımlamanın yanı sıra, tanısal açıdan alakalı olmasa bile bu bozuklukların göründüğü toplumsal bağlamı ve kişinin genel uyumunu belirlemede önemli olan yaşam problemlerini vurguladık. Olguların birçoğunda, evlilik içi uyum ve ebeveyn-çocuk ilişkileri göz önüne alınmaktadır.

Kapsamımız; yeme bozuklukları, disosiyatif kimlik bozukluğu, cinsiyet hoşnutsuzluğu, otizm spektrum bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (tecavüz sonrası) örneklerine kadar uzanıyor. Bu bozuklukların her biri, güncel literatürde dikkat çekmiş bir alanı temsil eder ve her biri teorik tartışmaların odağı olmuştur.

Onuncu basıma, bir yeni bir bölüm daha ekledik. Bu bölüm, biriktirme ile ilgili önemli problemler yaşayan bir kadını anlatıyor. Yeni vaka, *DSM-5*'in tanıtılmasıyla tanı sistemine eklenen yeni bir kategoriyi önemli ölçüde kapsamaktadır. Çok sayıda insanı etkileyen biriktirme bozukluğunun, bu bireylerin aileleri ve toplulukları için birçok maliyeti bulunmaktadır; bu alan ve mesleki literatürde de çok fazla ilgi görmektedir.

Bilişsel-davranışsal bakış açımız, bu vaka tartışma kısımlarının çoğunda açıkça görülmektedir. Bununla birlikte, alternatif kavramsal yaklaşımları da sunup tartışıyoruz. Dolayısıyla, vakalar öğrencilere belirli bir sorunun çeşitli bakış açılarıyla kavramsallaştırılıp tedavi edilebileceğini göstermek için kullanılabilir. Bahsedilen müdahalelerin çoğunun tedavisinde bilişsel-davranışsal bir yaklaşım kullanılmasına rağmen, vakayla ilgili olduklarında biyolojik tedavileri (ör., ilaç, elektrokonvülsif terapi ve psiko-cerrahi) de açıkladık. Bazı durumlarda sonuçlar olumlu değildi. Çeşitli tedavi programlarının potansiyel faydalarının yanı sıra, kısıtlılıkları hakkında dürüst bir görüş sunmaya çalıştık. Bazı vakaların da tedavi edilmeyen kişilerle ilgili olduğuna dikkat ediniz. Psikolojik rahatsızlıkları olan birçok kişinin, terapiste başvurmadığını belirtmenin önemli olduğunu düşünüyoruz.

Her bir vaka çalışması, nedensel faktörler hakkındaki güncel bilgileri tartışarak sonuçlandırılmaktadır. Bu tartışmalardan bazıları mutlaka diğerlerinden daha kısa olmaktadır. Örneğin, şizofreni konusunda cinsiyet hoşnutsuzluğu veya paranoid kişilik bozukluğundan daha fazla araştırma yapılmıştır. Bu tartışmalar için aklımızda iki hedef vardı. İlk olarak, araştırmanın bireysel danışanların problemlerine uygulanmasını göstermek için vaka malzemelerini kullanmaya çalıştık. İkincisi, okuyucuları anormal psikolojisiyle ilgili bilgilerimizdeki önemli boşluklar konusunda uyarıyoruz; bizim ebedî inancımız, bilemediğimiz şeylerin farkında olmanın da bildiğimiz şeyleri takdir etmek kadar önemli olduğudur. Tüm bu tartışmalar, onuncu basımda, belirli bozuklukların değerlendirilip tedavi edilmesi konusunda değişen yeni fikirleri ve deneysel kanıtları içerecek şekilde revize edilmiştir.

Bu kitabın tüm sürümlerindeki toplumsal cinsiyet, kültür ve etnik yapı ile ilgili konuların tartışmalarını ekledik. Bu konulara, özellikle cinsiyete ilişkin konulara, kitabın onuncu basımında daha fazla dikkat çekilmiştir. Örneğin, parasomni vakası (kâbus bozukluğu) ırk ve cinsiyete ilişkin önemli konuları tartışmaktadır. Tecavüz travmasını takiben travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin tanımlamamızda, özellikle kadınlar için önemli olan pek çok konu bulunmaktadır (ör., başkalarının mağdura yararlı ve zararlı tepki gösterme biçimleri; mağdurun, terapisti ve profesörü tarafından tecavüzcüyü şikâyet etme konusunda verilen kararlar vb.). Majör depresyonun nedenlerine ilişkin tartışmamız, bu bozuklukta cinsiyet farklılıklarına ilişkin olası açıklamaların değerlendirilmesini içermektedir. Disosiyatif kimlik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili bölümlerde, önceki cinsel istismarın

psikopatoloji gelişimi üzerindeki etkileri tartışılmaktadır. Her iki yeme bozukluğu vakası, kadınların kendileri hakkındaki düşüncelerini ve duygularını etkileyen kültürel tutumların geniş bir değerlendirilmesini içermektedir. Bunlar, ruhsal bozuklukların etiyolojisi ve tedavisi ile ilgili olarak toplumsal cinsiyet konularına değinmeye çalıştığımız örneklerden sadece birkaçıdır. Patricia Lee Llewellyn'e (Virginia Üniversitesi) bu konulardaki çok faydalı yorumları için minnettarız.

Bu kitapta yer alan tüm vakalar, başta bizim olmak üzere bazı meslektaşlarımız ve öğrencilerimizin, gerçek klinik tecrübelerine dayanmaktadır. Çeşitli demografik özellikler (isimler, yerler ve meslekler) ve bazı somut klinik ayrıntılar, danışanların ve ailelerinin kimliklerini korumak için değiştirilmiştir. Bazı örneklerde, vakalar ele aldığımız klinik problemlerin birleşimi hâlindedir. Amacımız, belirli bir kavramsallaştırma veya müdahalenin etkinlik ve faydaları açısından üstünlüğünü ortaya koymak değil, bunun yerine klinisyenlerin çalışmalarıyla ilgili yeni yaklaşım yolları göstermek ve bir danışanın yaşam problemleriyle baş etmesine yardımcı olmak için soyut ilkeleri uygulamaktır. Vaka çalışmalarında kullanılan isimler gerçek isimler değildir; bu isimlerin gerçek kişilerle olan benzerlikleri tamamen tesadüftür.

Bu kitabın ilk dokuz baskısında olduğu gibi, özel vaka çalışmalarının yazarlarını tanımlamadık. Bu yöntem, danışanların gizliliğini korumak için benimsenip sürdürülmüştür. Bu vakalardan altı tanesi için geniş kapsamlı danışmanlık yapan Amy Bertelson, Serrita Jane, Ron Thompson, Kevin Leach ve Kimble Richardson'a minnettarız. Ayrıca diğer iki tanesinin hazırlanmasındaki yardımları için Elana Farace ve Sarah Liebman'a teşekkür ediyoruz.

Aşağıdaki vakaları gözden geçiren herkese yararlı ve yapıcı yorumları için teşekkür ederiz: Eynav E. Accortt, Wright Devlet Üniversitesi; Dorothy Bianco, Rhode Island Koleji; Mia Smith Bynum, Purdue Üniversitesi; Bernardo Carducci, Indiana Güneydoğu Üniversitesi; Ron Evans, Washburn Üniversitesi; Jan Hastrup, Buffalo'daki SUNY; Russell Jones, Virginia Politeknik Enstitüsü ve Devlet Üniversitesi; Katherine M. Kitzmann, Memphis Üniversitesi; Patricia Lee Llewellyn, Virginia Üniversitesi; Richard McNally, Harvard Üniversitesi; Janet Morahan Martin, Bryant Koleji; Linda Musun Miller, Little Rock›daki Arkansas Üniversitesi; Mark Pantle, Baylor Üniversitesi; Esther Rothblum, Vermont Üniversitesi; Gary Sterner, Doğu Washington Üniversitesi; Sondra Solomon, Vermont Üniversitesi ve John Wixted, California Üniversitesi-San Diego.

Ayrıca Wiley'nin harika çalışanlarına, özellikle Christopher Johnson, Yönetici Editör, Psikoloji; Marian Provenzano, Sponsorluk Editörü; Brian Baker, Proje Editörü; Kristen Mucci, Editör Yardımcısı ve Yee Lyn Song, Kıdemli Yapım Editörü, tüm samimiyetimizle teşekkür etmek isteriz. Onların özenli çabaları, bu revizyonun başarıyla tamamlanması için çok önemliydi.

John Neale'nin 2011'de vefatından dolayı büyük üzüntü duyduğumuzu belirtmek isteriz. John'un öğretme ve bilim tutkusu, bu kitabın ilk birkaç basımının şekillendirilmesinde çok önemli bir rol oynamıştır. O kelimenin en iyi anlamıyla gerçek bir klinik bilim insanıydı. O, psikolojik sorunların doğasına yönelik yoğun ilgisini özenli araştırmalarla, hastalar ve ailelerine etkili biçimde tedavi imkânı verebilecek öğren-

cileri eğitmek için ciddi bir bağlılıkla harmanlıyordu. Araştırma alanlarının genişliği, bu kitapta bahsedilen konuların çoğunu kapsıyordu. Araştırmaları ve lisansüstü öğrencilerine yaptığı olağanüstü danışmanlık rekoruyla birçok prestijli ödülün sahibi oldu. John, her zaman meslektaşları tarafından ve çok değerli bir rol model olduğu ve ömür boyu bir akademik ve kişisel destek kaynağı olduğu birçok öğrencisi tarafından özlemle anılacaktır.

Son olarak, ailelerimize sonsuz sevgi ve destekleri için minnettarız. Gail Oltmanns ve Matt Martin, bu yeni basımın hazırlık süreci boyunca çok değerli destek sağlamıştır.

Thomas F. Oltmanns,
Michele T. Martin ve
Gerald C. Davison

ÇEVİRİ EDİTÖRÜNÜN SUNUŞU

Kitabın Çeviri Öyküsü

2013 yılında bu kitabın 9. basımından çevrilmesi için Nobel'in yönetimine, Wiley'nin dış ilişkiler temsilcilerinden teklif gelmişti. Ancak 9. basımda tanı kriterleri DSM IV TR'ye göre düzenlenmişti. Önerim üzerine Nobel yönetimi, Wiley'nin temsilcilerine, kitabın DSM-5 güncellemesi yapıldıktan sonra Türkçeye çevrilebileceği görüşünü iletti. 10. basımda bu güncellemeler yapıldı ve sonrasında kitabın yayın hakları alındı ve çeviri için ekip oluşturma aşamasına gelindi.

Çeviri ekibini kurarken daha önce başka kitapların çevirisinde birlikte çalıştığımız, ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora programında öğrenci olan (tez aşamasında) Selin Temizel ve Kerim Selvi'den bilgilerine güvendikleri ve uyumlu çalışabilecekleri bir ekip oluşturmalarını rica ettim. Onlar da hepsi ODTÜ Klinik Psikoloji Doktora programından mezun olan ya da doktora programında eğitimlerini devam eden klinisyenlerden oluşan çok güzel bir ekip oluşturdular. Hedefimiz, 2016 Ekim ayı içinde kitabın Türkçesini yayın hayatına kazandırmaktı. Ekipteki arkadaşlar büyük bir özenle çalışmalarını sürdürdüler ancak onların akademik yükleri, özellikle de yeterlilik sınavına girmeleri, kitabın yayın hayatına girmesini biraz geciktirdi. Çeviri ekibindeki arkadaşların hepsi **Selin Temizel, Kerim Selvi, Gizem Sarısoy, Melikenaz Yalçın, Derya Gürcan Yıldırım,** tüm çeviri ekibindeki arkadaşlara ruh sağlığı alanında çalışanlara, çalışacaklara ve onların danışanlarına yardımcı olabilecek bilgilerle donanmış bu kitabın bölümlerini büyük bir heyecanla ve özenle çevirdiler.

Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları kitabının ruh sağlığı alanda çalışan ve çalışacak herkese çok değerli katkılarının olacağını düşünüyorum.

Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları kitabının 10. basımının 3 temel amacı bulunmaktadır:

(a) çeşitli klinik problemlerin ayrıntılı tanımlarını yapmak,
(b) bu sorunların değerlendirileceği ve tedavi edilebileceği bazı yolları göstermek,
(c) söz konusu bozuklukların yaygınlığı ve nedenleri ile ilgili mevcut kanıtları tartışmak.

Kitap **anormal psikoloji** ile ilgili hem *lisans* hem de *yüksek lisans* dersleri için uygundur. Ruhsal sağlık sorunlarının en iyi nasıl kavramsallaştırılacağını ve tedavi planlanacağını öğreten psikiyatri, psikoloji, psikolojik danışmanlık, sosyal hizmetler ve hemşirelik bölümlerindeki çeşitli uygulamalı derslerde de yararlı olabilir. Tek başı-

na kullanılabilir veya anormal psikolojisi ile ilgili standart bir ders kitabına ek olarak kullanılabilir.

Teşekkür

Kitabın yayın haklarının alınması aşamasında destek veren Nobel'in Genel Yayın Yönetmeni Nevzat Argun'a, Wiley ile bağlantılar kuran Timur Aydemir hocamıza teşekkür ederim. Kitabın dizgisini büyük bir sabır ve özenle, pozitif bir yaklaşımla yapan Gülbeyaz Güler'e; gramer editini büyük bir özenle ve dikkatle yapan, anında büyük bir nezaketle geri dönüşler yapan Gönül Ekici'ye değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim. Bu kitabın çevirisini yapan **Selin Temizel, Kerim Selvi, Gizem Sarısoy, Melikenaz Yalçın, Derya Gürcan Yıldırım'a** katkılarından, özenli çalışmalarından dolayı teşekkür ederim. Bu kitap, ekipteki herkesin değerli katkıları ile sizlere sunuluyor.

Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları kitabındaki örnek vakaların ruh sağlığı alanında çalışan klinisyenlere, bu alanda eğitim veren akademisyenlere, eğitim gören öğrencilere ve yaşamlarına ışık tutacakları danışanlara yararlı olması dileği ile...

Mart 2017
Çeviri Editörü: **Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin**

İÇİNDEKİLER

Ön Söz		v
Çeviri Editörünün Sunuşu		ix
1.	Otizm Spektrum Bozukluğu	1
2.	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	14
3.	Paranoid Sanrılı Şizofreni	26
4.	Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Opiyat Kullanımı Bozukluğu ve Şiddet	40
5.	Bipolar Bozukluk	52
6.	Majör Depresif Bozukluk	63
7.	Panik Bozukluk, Agorafobi ve Yaygın Kaygı Bozukluğu	76
8.	Obsesif Kompulsif Bozukluk	92
9.	Biriktirme Bozukluğu	107
10.	Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Tecavüz Travması	118
11.	Disosiyatif Kimlik Bozukluğu	132
12.	Somatik Semptom Bozukluğu	149
13.	Yeme Bozukluğu: Anoreksiya Nervoza	162
14.	Yeme Bozukluğu: Bulimiya Nervoza	174
15.	Parasomni: Kâbus Bozukluğu ve İzole Uyku Felci	191
16.	Cinsel İşlev Bozukluğu: Kadında Orgazm Bozukluğu ve Erken Boşalma	204
17.	Cinsiyet Disforisi	219
18.	Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu	236
19.	Alkol Kullanım Bozukluğu	250
20.	Paranoid Kişilik Bozukluğu	261
21.	Sınırda Kişilik Bozukluğu	277
22.	Parafili Bozuklukları: Egzibisyonizm (Teşhircilik) ve Frottörizm (Sürtünmecilik)	290
Dizin		303

BÖLÜM 1*

Otizm Spektrum Bozukluğu

Sam Williams, John ve Carol Williams'ın ikinci çocuğudur. Sam doğduğu zaman çift 5 yıllık evlidir; John bir avukat ve Carol ise ev hanımıdır. Kolay bir hamilelik ve zamanında gerçekleşen bir doğumun ardından, Sam doğduğunda 3.482 kg ağırlığındaydı. Sam, sezeryanla alınarak hastanede 6 gün kaldıktan sonra eve getirilmiştir.

Ebeveynleri Sam'in erken dönem gelişiminin oldukça normal olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kolik (sancılı) bir bebek olmadığını, uyku ve yeme düzeninin normal olduğunu da söylemişlerdir. İlk 2 yılı boyunca, soğuk algınlığı gibi çocukluk çağı hastalıkları geçirmemiştir. Fakat Sam'in ikinci doğum gününden sonra, anne ve babasının endişeleri oluşmaya başlamıştır. Sam (yalnız başına oturmak ve emeklemek gibi), bazı gelişimsel adımları gerçekleştirmede ablasına göre biraz daha yavaştır. Dahası, motor gelişimi de düzensiz görünmektedir. Birkaç gün normal şekilde emekledikten sonra, bir süre hiç emeklememektedir. Agu sesleri çıkarmasına rağmen, konuşmasını hiç geliştirmemiştir ve ebeveynlerinin ona söylediği hiçbir şeyi anlıyor gibi bile görünmemiştir. "Gel" ya da "Kurabiye ister misin?" gibi basit isteklere bile bir tepki vermemiştir.

Öncelikle, ebeveynleri Sam'in sağır olabileceğini düşünmüşlerdir. Daha sonra, bu düşünce ve Sam'in inatçı olabileceği düşüncesi arasında kararsız kalmışlardır. Sam'in bir komuta uymasını ya da "Anne" veya "Baba" demesini istedikleri pek çok faydasız deneyim yaşadıklarını aktarmışlardır. Sam, bazen bu durumlarda bağırarak, çığlık atarak ve kendini yere atarak sinir krizine girebilmektedir. Aynı yıl, pediatri uzmanları Sam'in zihinsel bir bozukluğu olabileceğini söylemiştir.

Sam'in ebeveynleri, üçüncü doğum gününe yaklaştıkça, onun gittikçe daha fazla tuhaf ve anlaşılmaz davranışlarda bulunduğunu fark etmişlerdir. Bunlardan en belirgin olanı tekrarlayan el hareketleridir. Günde pek çok kez, birdenbire hızlı bir şekilde ve birkaç dakika boyunca ellerini çırpmaya başlamaktadır (buna benzer eylemler *kendini-uyarıcı davranışlar* olarak adlandırılmaktadır). Diğer zamanlarda ise, gözlerini yuvalarının içinde döndürmektedir. Hâlâ konuşmamaktadır, fakat bazı şapırdatma sesleri çıkarmaktadır ve bazen ortada hiçbir sebep yokken kahkahalara boğulmaktadır. Hâlen ve sıklıkla parmak uçlarında yürümektedir. Anne ve babasının tuvalet eğitimini kazandırma çabalarına karşın Sam tuvalet eğitimini alamamıştır.

Sam'in sosyal gelişimi de ebeveynlerini endişelendiriyordu. Ona sarılmalarına ve dokunmalarına izin vermesine rağmen, anne ve babasına bakmıyor ve genel olarak

*Çeviren: Klinik Psikolog Selin Temizel

dikkatlerine karşı ilgisiz görünüyordu. Ayrıca yalnız kalmayı tercih ederek, ablasıyla oynamıyordu. Tek başına oynadığı oyun bile tuhaftı. Oyuncaklarıyla hayali oyun davranışlarında bulunmuyordu—örneğin, bir oyuncak arabayı benzin istasyonuna doğru sürüyormuş gibi yapmak. Bunun yerine, daha çok bir oyuncağı, örneğin bir arabayı tutarak ve tekrarlı bir şekilde tekerleklerini döndürerek hareket ettirme eğilimindeydi. Onun ilgisini çekiyormuş gibi görünen tek şey, çalışma odasındaki tavan vantilatörü idi. İzin verildiği sürece fanın kendi etrafında dönmesini dikkatle izleyerek oturmaktan memnundu. Vantilatör kapandığında çoğunlukla öfke nöbetleri geçiriyordu.

Ailenin pediatristi, Sam 3 yaşında iken, tam bir fiziksel ve nörolojik değerlendirme önerdi. Sam fiziksel olarak sağlıklı bulundu ve nörolojik değerlendirme de dikkate değer bir şey göstermedi. Birkaç ay sonra psikiyatrik bir değerlendirme yapıldı. Sam, çocukluk çağı davranış bozukluklarında uzman bir tedavi merkezine götürüldü ve bir gün boyunca gözlem altında tutuldu. Bu süre boyunca psikiyatrist, Sam'in anne ve babasının tarif ettiği davranışların çoğunu—el çırpma, parmak ucunda yürüme, şapırdatma sesleri ve yalnız kalma tercihi—doğrudan gözlemleme fırsatı buldu. Psikiyatrist, Sam'i değerlendirdiğinde yüksek bir tokatlama sesinin diğer çocuklarda olduğu gibi bir irkilme tepkisine yol açmadığını gözlemlemiştir. Anlayabildiği, konuşma diline en yakın ses tekrarlayan "nah, nah" sesi idi. Sam, yalnız "Gel" ve "Git patates cipsi getir." gibi bazı basit komutlara uymuştur. Psikiyatrist Sam'e otizm spektrum bozukluğu tanısı koymuş ve günlük tedavi ortamına yerleştirilmesini tavsiye etmiştir.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Sam, tedavi merkezinde onun için bir yer açıldığında 4 yaşındaydı. Haftada 5 gün özel bir okula devam etti ve kalan zamanını da evde annesi, babası ve ablasıyla birlikte geçirdi. Okul, özel olarak eğitilmiş öğretmenler tarafından hazırlanan kapsamlı bir eğitim programı sağlamıştır. Program temelde edimsel koşullama ilkelerini dikkate alarak eğitim sistemini düzenlemiştir. Buna ek olarak, Sam'in ebeveynleri edimsel koşullamayı öğrenmek ve okul programını evde de devam ettirebilmek için haftada bir derslere katıldı. Okul personeli, Sam'i okulda ve daha sonra evde gözlemleyerek başka bir değerlendirme yaptı. Ebeveynlerle yapılan görüşmeler her ikisinin de uyumlu olduğunu ve evliliklerinin dengeli olduğunu gösterdi. Fakat her iki ebeveyn de günlük bazda Sam ile baş etmeye çalışırken ve otizme, onların yapmış olduğu bir şeyin sebep olabileceğiyle ilgili korkularından dolayı önemli derecede stres yaşıyorlardı.

Eğitim programının ilk hedeflerinden biri, Sam'in göz kontağı kurmasıydı. Öğretmeni, Sam çalışırken kendiliğinden öğretmenine baktığında onu küçük yiyeceklerle ödüllendiriyordu. Ayrıca öğretmeni, Sam uyumlu olduğunda ondan göz kontağı talep etmeye başlamış ve başardıkça onu tekrar ödüllendiriyordu. Öğretmeni bu eğitimin yanında, Sam'in diğer basit komutlara da uyması için çalışmıştır. Öğretmen, Sam dikkatini vermiş göründüğünde, göz kontağını sağlayarak bir süre bekliyordu, komutu söylüyordu ve istenilen davranışı göstererek modelliyordu. Örneğin öğretmen, Sam'in kollarını kaldırarak "Sam, kollarını bu şekilde uzat." diyebilir ve onu

sözel olarak ya da üzüm gibi küçük de olsa bir yiyecekle ödüllendirebilir. Bu süreç birçok kez tekrarlanmıştır. Öğretmeni, Sam bir komutu takip etmede daha fazla beceri kazandığında, onun kollarını kaldırmayı bıraktı ve kendisinin yapmasını istedi. Bu alıştırma denemeleri günlük olarak devam ettirildi.

Sam'in belirli bir komuta verdiği tepki iyice oturdukça, öğretmen onun komutları takip etmeyi öğrenmesini diğer durumlar ve diğer kişiler için de genişletmeye çalışmıştır. Sam'in gelişimi yavaştı. Basit bir komuta verdiği tepkiyi yerleştirmek genellikle haftalar süren denemeler gerektiriyordu. Okuldaki ilk yılından sonra, "Gel." "Onu bana ver." ve "Paltonu giy." gibi pek çok basit isteğe cevap vermeye başladı. Sam komutlara tepki vermeyi öğrenirken aynı zamanda, eğitim programının diğer boyutları da uygulanmıştır. Sam sınıftayken, öğretmeni örneğin; koltuğuna oturmak, göz kontağını sürdürmek ve uzun süre boyunca dinlemek ve çalışmak gibi şeyleri öğrenirken önemli olabilecek becerileri geliştirmesi üzerine çalışmıştır. Öğretmen, Sam'e her aktiviteyi öğretirken aynı ödül tekniğini kullanmıştır.

Bu beceriler daha iyi yerleştiğinde, öğretmeni bazı nesnelerin fotoğraflarını tanıması için kelimeler öğreterek Sam'in kelime dağarcığını geliştirme üzerine çalışmaya başladı. Bir nesnenin fotoğrafı, örneğin bir portakal, Sam'in önündeki masaya yerleştirildi. Sam nesneye baktıktan sonra, öğretmen "Bu bir portakal. Portakalı göster." diyordu. Sam portakalı işaret ettiğinde, ödüllendiriliyordu. Eğer gerekiyorsa, öğretmen ilk seferinde elini onun yerine hareket ettiriyordu. Başka bir fotoğraf, örneğin bir kedi, seçiliyor ve aynı yöntem takip ediliyordu. Daha sonra iki fotoğraf da Sam'in önüne konuluyor ve öğretmen bunlardan birini işaret etmesini istiyordu: "Portakalı işaret et." Sam doğru olanı gösterdiğinde, ödüllendiriliyordu. Sam doğru olanı göstermediğinde ise öğretmen, Sam'in eliyle doğru nesneyi gösteriyordu. Sam birçok kez doğru şekilde portakalı gösterdiğinde, öğretmen ondan kediyi göstermesini istiyordu. Bu tepkinin oluşturulmasıyla birlikte, öğretmen fotoğrafların pozisyonunu değiştiriyor ve süreci tekrar ediyordu. Sam portakal ve kediyi doğru şekilde göstermeye başladığında, üçüncü bir fotoğraf tanıtılıyor ve deneme süreci yeniden başlıyordu. 1 yıllık eğitim boyunca, Sam bu yöntemle 38 adet nesnenin isimlerini öğrendi.

Sam'i her gün gören konuşma terapisti, onunla dil becerileri üzerine de çalışıyordu. İlk olarak, Sam'in basit sesleri taklit etmesi üzerine çalışmaya başladılar. Öğretmen, Sam ile bir masada oturarak ve Sam'in oraya bakmasını bekleyerek (ya da bir parça yiyeceği ağzının yakınında tutup bakması için yönlendirerek) ve bu sesi çıkarmak için gereken hareketleri vurgulayarak "Bunu söyle, ah." diyordu. İlk başta, Sam çıkardığı herhangi bir ses için ödüllendiriliyordu. Daha sonra, ödüller Sam istenilen sese daha fazla yaklaştığında verilmeye başlandı. Sesleri çıkarmayı tam olarak öğrendiğinde, Sam bu kez aynı şekilde bazı basit kelimeleri söylemesi için eğitilmeye başlandı. Bir yıllık çalışmanın sonunda, Sam birkaç kelime öğrendi—"güle-güle" "bye-bye", "artık istemiyorum" "no more" ve "benim"— fakat genel olarak bakıldığında, sözel taklit yeteneği zayıf olarak kaldı.

Sam'e giyinmeyi ve üzerini çıkartmayı öğretmek de ilk yılın diğer bir hedefiydi. İlk önce, öğretmeni yaptıkları her aşamayı açıklayarak tam sırasıyla Sam'e giyinme konusunda yardım etti. Daha sonra, yine aynı süreci tekrarlıyorlardı, fakat bu kez

Sam'in son aşamayı kendi başına tamamlaması gerekiyordu (ayakkabılarını çıkarmak, ayakkabılarını giymek). Daha zor aşamalar (ayakkabı bağcıklarını bağlamak) üzerinde Sam'e daha fazla egzersiz olanağı sağlamak amacıyla teker teker çalışılıyordu. Biraz gelişim gösterdiğinde, tedavinin bu kısmı aile tarafından yürütülüyordu. Sam'in ebeveynleri öncelikle öğretmeni, Sam ile çalışırken gözlemlediler, izledikleri yöntemle ilgili bilgi aldılar ve daha sonra Sam'in gelişimini kaydetmek için nasıl çizelge yapılacağını öğrendiler. Haftalar sonra, Sam'in tek başına tamamladığı adımların sayısı aşamalı olarak arttı, en sonuncudan birinciye doğru. Sam giyindiği ya da soyunduğu her seferde, genellikle özel bir ödül ile, örneğin kahvaltıda en sevdiği yiyecek ile ödüllendirilmiştir. Bu durumda, denemeler başarılıydı. Yılın ortasında, Sam giyinme ve soyunma konusunda uzmanlaştı.

Tuvalet eğitimi Sam'in ailesi ve arkadaşlarının mücadele ettiği başka bir konuydu. Evde ve okulda, Sam tuvaleti kullandığında ödüllendiriliyordu. Pantolonunun kuru olup olmadığına bakmak için her saat kontrol ediliyordu. Eğer kuruysa, övgü alıyor ve tuvalete gittiğinde ödül alacağı hatırlatılıyordu. Kısa süre sonra, Sam tuvalete götürürüldü ve pantolonunu çıkarıp oturmaya başladı. Eğer çişini ya da kakasını tuvalete yaptıysa büyük bir ödül veriliyordu. Yapmadıysa, sadece oturduğu için küçük bir ödül veriliyordu. Bu denemeler ilerlerken, Sam'e ayrıca "lazımlık" kelimesini tuvalete gitmekle ilişkilendirmesi öğretilmeye çalışılıyordu. İlerleme en başta yavaştı ve öğretmen ve ebeveynlerinin görmezden gelmeleri gereken pek çok "kaza" yaşanıyordu. Fakat, Sam kısa sürede öğrendi ve banyoya götürüldüğünde çoğunlukla çişini ya da kakasını yapmaya başladı. Sonra ebeveyn ve öğretmenler ihtiyacı olduğunda bunu söylemesi gerektiği üzerine çalışmaya başladılar. Pantolonun kuruluğunu kontrol ettiklerinde, tuvalete gitmesi gerektiğinde "lazımlık" demesi gerektiğini konuştuk. Sam'in ilerlemesinde birçok iniş ve çıkış olmasına rağmen, yılın sonunda haftada iki kazadan daha iyi bir ortalamaya sahipti.

Sam'in öfke nöbetleri, özel okuldaki ilk yılında ilerlemesinin yavaşlamasına neden oldu. Bu nöbetler bazen bir komut verildiğinde bazen de öğretmen, Sam'in yaptığı bir şeyi böldüğünde ortaya çıkıyordu. Bir alıştırma oturumu boyunca hiç ödül almamak da nöbetlere yol açıyordu. Sam gürültülü bir şekilde çığlık atıyor, kendini yere atıyor ve kollarıyla bacaklarını sağa sola sallıyordu. Pek çok müdahale denendi. Sam'in nöbetleri özellikle de evdeyken kendi bildiğini okumasına olanak sağlıyordu. Örneğin, bir öfke nöbeti genellikle ebeveynlerinin tavan vantilatörünü kapatmak isteseler bile açık tutmalarıyla sonuçlanıyordu. Nöbeti görmezden gelmek ilk yaklaşımdı. Sam'in öğretmenleri ve ebeveynleri hiç olmamışçasına nöbetin kendi kendine bitmesini bekliyorlardı. Bu, nöbetlerin sayısını azaltmadı; bu nedenle "mola" yöntemi denendi. Her nöbet başladığında, Sam yerden kaldırılarak özel bir odaya taşınıyordu ve orada 10 dakika ya da bağırmayı kesene kadar kalıyordu. Ayrıca bu yöntem mola süresini uzatmak gibi pek çok düzenlemeyle bile, nöbetler ve çığlıklar üzerinde fazla bir etki göstermemişti.

Sam'in tedavideki ikinci yılı boyunca, ilk yıl programının çoğunluğu devam etti. 6 yaşına geldiğinde Sam daha fazla komuta karşılık vermeye başladı. Sam'in basit nesneleri tanıma ve işaret etme becerisi arttı. Konuşma terapisinde daha fazla sesi taklit etmeyi ve bazı yeni kelimeleri ("merhaba," "kurabiye" ve "kitap") öğrendi. Bazı sesleri veya kelimeleri öğreniyor gibi görünüyor, sonra bir şekilde unutuyordu. Bu

unutkanlıklara rağmen hâlâ kendi kendine giyinip soyunabiliyor ve tuvaleti doğru şekilde kullanıyordu.

Yeme becerileri kazandırmak ikinci yıl programı için öncelikli hedeflerden biriydi. Ebeveynleri bıçak, çatal ve kaşık kullandırmayı denemelerine rağmen Sam bunu reddediyor ve parmaklarıyla yiyor ya da tabağını yalıyordu. Fincandan bir şey içmek de başka bir problemdi. Hâlâ üzerinde küçük bir boşluk olan bebek fincanını (biberon) kullanıyordu. Beslenme becerileri kazandırma programı hem Sam'in öğretmenleri hem de ebeveynleri tarafından uygulandı ve bu program modelleme ve edimsel koşullamanın bir kombinasyonunu içeriyordu. Deneme oturumları ilk önce Sam'e kaşık tutturmayı hedefleyerek yemek saatinde yapılıyordu. Sam'e nasıl kaşık tutacağı gösteriliyordu; daha sonra öğretmen "Beni izle. Kaşığı böyle tutacaksın ve sonra bu şekilde ağzına götüreceksin." diyerek kaşığı alıyordu. Sam ilk önce bunu taklit etmedi; bu yüzden öğretmeni gerekli aşamalarda onu yönlendirmek zorunda kaldı: elini hareket ettirmesini ve kaşığı yiyecekle doldurmasını, kaşık ağzına gelene kadar kolunu kaldırmasını, ağzını açmasını ve kaşığı ağzının içine sokmasını söylüyordu. Sam zincirdeki her adım tamamlandığında övgü alıyordu. Birçok tekrarlamadan sonra, son aşamayı kendi başına yapması gerekiyordu. Giderek, çok daha fazla adım Sam tarafından tamamlanıyordu. Başarılardan sonra övgü alıyordu ve hatalardan sonra ise "hayır" cevabı alıyor ya da kısa bir süreliğine yemeği alınıyordu. Kaşıkla yemek yemeyi başardığında, eğitim çatal kullanma ve fincandan içmeye kadar genişletiliyordu. Birkaç ay içinde, Sam güzelce yemek yiyebiliyor ve içebiliyordu.

Sam'in diğer çocuklarla oynayamaması da ikinci yıl boyunca odaklanılan bir noktadır. İlk adım diğer çocukların yakınında oynamasını sağlamaktı. Oyun zamanının çoğunluğu, oyun odasında onunla birlikte başka çocuklar olsa da, yalnız başına geçiyordu. Öğretmeni Sam'i dikkatlice izliyordu ve otizm spektrum bozukluğu olan başka bir çocuğun yanında her oynadığında küçük bir parça yiyecekle ödüllendiriyordu. Sam'i diğer çocuklarla etkileşime geçirmek için bir yöntem daha kullanıldı. Sam ve başka bir çocuk birbirine yakın oturuyordu ve blokları üst üste dizmeleri isteniyordu. Her çocuğa, sırayla bir blok veriliyor ve yığının üzerine koyması isteniyordu. Her bloğu koydukça çocukları bireysel olarak övmenin yanı sıra, blok kulesini tamamladıklarında hem övgüyle hem de yiyecekle ödüllendiriliyordu.

Bu süreci pek çok kez tekrar ettikten sonra, program basit bilmecelerin birlikte tamamlanmasına kadar genişledi. "Sam, köpeği buraya getir. Tamam Hannah, kediyi buraya koy." gibi. Yardım müdahaleleri giderek azaldı ve çocuklar iş birliği hâlindeki oyunları için ödüllendirildi. Terapinin bu kısmı güzel gelişme gösterse de, bu becerileri doğal oyun ortamına taşımanın zor olduğu ortaya çıkmıştır. Sam ve diğer çocuğu birlikte çiftlik seti ya da küçük bir tren gibi oyuncaklarla oynatabilmek için girişimlerde bulunuldu. Öğretmen ne yaptıklarıyla ilgili konuşarak ve basit komutlara uydukları için ödüllendirerek etraftaki nesneleri hareket ettirmelerini istedi. Sam çoğunlukla bu komutları takip edebilse de onun oyunları diğer çocukla çok az göz kontağı veya iş birliği içerdiğinden yalnız kalıyordu.

Sam'in kendini uyarıcı davranışları ikinci yılın final hedefiydi. Sam'in el çırpmaları ve göz çevirmeleri belki de gününün çoğu yapıcı etkinliklerle dolu olduğu için, son bir yıl içinde bir şekilde azalma gösterdi. Şimdi, Sam'in öğretmenleri ve ebeveynleri

tarafından kullanılmak üzere özel bir müdahale planlandı. Sam ellerini her çırpmaya başladığında, durduruluyordu ve hareket edebileceği söylenene kadar, 5 dakikalığına ellerini hareketsiz tutması söyleniyordu. 5 dakikalık süre boyunca, ellerini 30 saniye için birçok değişik pozisyonda tutması isteniyordu. Eğer komutu yerine getirmediyse, öğretmeni veya ebeveynleri ellerini istedikleri pozisyona getiriyorlardı; eğer bu pozisyonda 30 saniye boyunca kalmadıysa, öğretmeni veya ebeveynleri o süre boyunca aynı pozisyonda tutmaya devam ediyordu. Yiyecek ödülleri 30 saniyelik periyotların başarıyla tamamlanmasına yardımcı oluyordu. Zamanla, öğretmenleri ve ebeveynleri Sam'in ellerini tutmadan, hareket ettirmesini sağlayabilmeye başladılar. Daha sonra, gözlerini çevirmesine odaklandılar ve gözlerini çevirmeye her başladığında bakışlarını çevresindeki belirli nesnelere sabitlemesi üzerine çalışarak, benzer bir program uygulamaya başladılar. Birkaç ay süren bir eğitim sürecinin sonunda, Sam'in kendini uyarıcı davranışları yüzde 50 düzeyinde azalmıştı.

Okuldaki üçüncü yılının başında, şu anda 7 yaşında, Sam'e bir zekâ testi uygulanmıştır ve ileri derecede zekâ geriliğini yansıtan 30 IQ seviyesinde bulunmuştur. Kendini uyarıcı davranışlarının sıklığını azaltmaya yönelik çabaları devam ettikçe dil ve konuşma eğitimleri de devam etti. Daha önceki müdahalelere cevap vermeyen nöbetleri giderek daha kötü oluyordu. Çığlık atma ve kendini yere atmaya ek olarak, bazı zamanlarda şiddet kullanmaya başladı. Birçok kez ablasını yumruklamış, ısırmış ya da tekmelemişti. Ebeveynleri bu nöbetler süresince çok fazla kontrolden çıktığını, gerçekten birini yaralayacağından korktuklarını bildirmişlerdir. Benzer olaylar, okulda da özellikle devam ettiği bir etkinlik bölündüğünde ya da bir görevi yaparken başarısız olduğunda yaşandı.

Tehlike okul servisinde de ortaya çıktı. Tüm çocukların emniyet kemeri takması gerekiyordu, fakat Sam takmıyordu ve genelde de koltuğunda oturmuyordu. Haftada iki kere, servis şoförü otobüsü durdurup Sam'in emniyet kemerini bağlayıp yerine oturmasını sağlamaya çalışıyordu. İlk seferde şoförü bir kez, ikinci seferde iki kez ısırmıştır. Servis şirketi hemen harekete geçti ve Sam'i servisten uzaklaştırma kararı aldı. Problemi çözmek için yapılan ilk girişimde, Sam'e yetişkinlerde yaygın olarak şizofreni tedavisinde kullanılan bir ilaç olan haloperidol (haldol) verildi. Bu ilaç bir ay boyunca kullanıldı ve görünürde bir etkisi olmadığı için ilaç kesildi. Bu süre içinde, Sam'i annesi okula getirmek ve okuldan almak zorunda kaldı. Programda çakışmalar yaşandığında devamsızlık yapmaya veya geç kalmaya başladı.

Öfke probleminin ciddiyeti ve diğer tedavilerin işe yaramaması üzerine ceza sistemi uygulanmaya başladı. Sam'in öfke nöbetleri ve şiddetli çıkışları daima yüksek sesli çığlıklarla devam ettiği için, genel davranış sırasını bozmaya ve çığlık atmasını engellemek için cezalandırılmasına karar verildi. Sam ne zaman çığlık atmaya başlasa, ağzına su ve acı sos karışımı püskürtüldü. Öğretmenleri ve ebeveynleri tarafından kullanılan bu yöntemin etkisi oldukça belirgin oldu. Tedavinin ilk günü, Sam çığlık atmaya başladı ve altı kez ağzına acı sos verildi. Acı sos karışımına tepkisi, ağzını çalkalamasına izin verildikten hemen sonra biraz ağladı ve sonra durdu. Ertesi gün, iki kez acı sos verildi. Üçüncü ve dördüncü günler, çığlık atmadı. Beşinci gün bir kez çığlık atma olayı yaşandı; daha sonra yılın geri kalanında ne bir daha çığlık attı ne de tekrar ciddi bir öfke nöbeti yaşadı.

Sam'in diğer alanlardaki gelişimi o kadar belirgin değildi. Kelime dağarcığı yavaş bir şekilde daha fazla kelime söylemeyi öğrendikçe ve daha fazla nesneyi tanımaya başladıkça genişledi. Fakat performansı günden güne oldukça değişkendi. Kendini uyarıcı davranışları daha önce bahsedilenden bir seviye daha düşük olmak üzere yine de devam etti. Diğer çocuklarla birlikte olmaktansa tek başına olmayı tercih ederek izole kaldı.

Tartışma

Otizm spektrum bozukluğu ilk olarak 1943 yılında, çocukların dünya ile etkileşimlerinin bir özelliği olan aşırı derecede otistik yalnızlıktan sonra sendromu erken bebeklik otizmi olarak adlandıran, Harvardlı bir psikiyatrist olan Leo Kanner tarafından tanımlanmıştır. Kanner, otistik yalnızlığı anahtar belirti olarak kabul etmiştir, fakat ilk olarak yürümeye başlama çağı veya emekleme döneminde belirgin olan başkalarıyla ilişki kuramama, büyük konuşma eksiklikleri ve çevrenin tamamen aynı kalmasına yönelik takıntılı arzu gibi bazı zorluklara da dikkati çekmiştir. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (APA, 2013, s. 53) daha önce ayrı ayrı tanımlanan otistik bozukluk, Asperger sendromu ve Rett sendromu gibi tanı kategorilerini otizm spektrum bozuklukları olarak tek bir kategori altında birleştirmiştir. Bozukluk sosyal davranışlarda belirgin problemler ile iletişim, etkileşimde güçlük, alışık olunmayan biçimde sınırlı, tekrarlayıcı davranış ve ilgilerle karakterizedir. Tanı; klinisyenler kişinin semptomları ve işlevselliği ile ilgili ek detaylar tanımlayabilmeleri için ciddiyet, zihinsel beceri düzeyi, dildeki sınırlılıklar ve otizm spektrum bozukluklarıyla ilişkili olabilecek bilinen genetik hastalıklar gibi belirteçileri içerir.

Otizm spektrum bozukluklarının temel özelliği, sosyal gelişimdeki anormalliktir (Volkmar, Chawarska ve Klin, 2005). Bu bozukluğa sahip çocuklar, hayatlarının en erken dönemlerinden itibaren insanlara karşı ilgi azlığı duyarlar ya da insanlarla ilişki kurmakta zorluk çekerler. Otizm spektrum bozukluğu olan bebeklerin ebeveynlerinden bir şey talep etmedikleri için genellikle "kolay bebekler" olduğu rapor edilmektedir. İlgi istemezler ya da ilgisizlikten rahatsız olmazlar, fakat ne birine ellerini uzatır ne gülümser ne de beslenirken annelerine bakarlar. Kucağa alındıklarında, diğer bebeklerin yaptığı gibi kendini kucakta serbest bırakmak yerine, genelde bedenlerini kucağa alan kişiden uzaklaştırmaya çalışırlar. Başka insanlara hiç dikkat etmeden kendi oyun kafeslerinde saatlerce sessiz oturmaktan hoşnut olurlar. Bebeklikten sonra, insanlara karşı bağlanma geliştirmezler ancak buzdolabı ya da elektrik süpürgesi gibi mekanik nesnelere aşırı derecede bağlanabilirler. Normal gelişim gösteren bebekler ikinci günlerinden itibaren insanların hareketlerine dikkat edebilme becerisi gösterirken, bu beceri 2 yaşında bile olsalar otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda eksiktir (Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay ve Jones, 2009). Çocukken diğer insanlarla etkileşim başlatmazlar, diğerleriyle iletişim kurmak için yüz ifadelerini kullanmazlar, neşelerini paylaşmazlar ya da diğerleriyle empatik bir ilişki kurmazlar (Bishop, Gahagan ve Lord, 2007). Karşılarındaki kişilerin yüzlerinden duygusal ifadelerini, özellikle de çok dikkat çekici değillerse anlayamazlar (Rump, Giovannelli, Minshew ve Strauss, 2009). Açıkçası bu özellik, Sam'in önemli

bir özelliğini yansıtmaktadır. İnsanlarla iletişim kurmaktan aktif olarak kaçınmasa da ya da mekanik bir nesneye bağlanma geliştirmese de, çoğunlukla asosyal bir çocuktu.

Otizm spektrum bozukluğunun başka bir temel özelliği de, Sam'de olduğu gibi dönen nesnelere karşı duyulan ilgiye benzer, sınırlı ya da stereotip (kalıplaşmış) ilgi alanlarıdır (Volkmaretal ve ark., 2005). Yürümekte zorluk çekebilirler fakat nesneleri döndürme ve ritualistik el hareketleri yapma konusunda uzmandırlar. Vücudunu durmadan sallandırma gibi diğer ritmik hareketler de hoşlarına gitmektedir. Mekanik bir nesneyi yönlendirmeyle aşırı ilgili olabilirler ve rahatsız edildiklerinde de çok üzülebilirler. Bu davranışlar yatıştırma ve onları meşgul etme amacına hizmet ediyor olabilir (Leekam, Prior ve Uljarevic, 2011). Neredeyse otizmli tüm çocuklar bazı tekrarlayan duyuşsal-devinim davranışlarda bulunurlar (Lord, 2010). Dahası, otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar, genellikle günlük rutinlerindeki ya da çevrelerindeki değişikliklerinden aşırı derecede rahatsız olabilirler. Farklı bir bardakta ikram edilen süt ya da mobilyaların yerlerinin değiştirilmesi ağlamalarına ya da bir öfke nöbetinin başlamasına sebep olabilir. Selamlaşmalar dahi değişmemelidir. Bu semptomlar kompulsif bir sabitlik (stabilize olma) ihtiyacını göstermektedir (Smith ve ark., 2009). Oyun oynarken, sürekli oyuncakları sıralarlar ya da ev eşyaları dışında karmaşık şekiller inşa ederler. Aynı zekâ yaşındaki zihinsel engelli çocuklara ya da normal çocuklara göre, imgelemde bozulma göstererek, daha az sembolik ya da hayali oyunlar içinde bulunurlar (Leekam ve ark., 2011). Tren tarifeleriyle, metro rotalarıyla ya da sıralı numaralarla fazla ilgili olabilirler ve hatta ilgi odakları bir çocuk için uygun olsa da, örneğin dinozorlara ilgi gibi, yoğunluğu zayıflatacak düzeyde fazladır ve günlük hayatlarını etkiler (Lord, 2010). Açık bir biçimde, Sam bu davranışların çoğunu gösteriyordu.

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların çoğu iletişimde problemler yaşar. Mutizm—konuşmanın tamamen yok olması—Sam'de de olduğu gibi, bu bozukluğa sahip çocukların önemli bir kesiminde görülür. Otizm spektrum bozukluğuna sahip tüm çocukların yüzde 25'i sözel değildir (Wan, Bazen, Baars, Libenson, Zipse ve Zuk, 2011). Konuştukları zaman, konuşmalarında genellikle gariplikler bulunur; buna çocukların başka birinin söylediğini büyük ölçüde doğru olarak tekrarladığı yankılama (ekolali) da dâhildir. Gecikmiş ekolalide, çocuk bir cümle ya da ifadeyi duyduktan sonra saatler ve günler geçene kadar tekrar etmeyebilir. Başka sık görülen anormallik de zamirleri tersine çevirmektir. Kendilerinden "o", "sen" veya kendi isimleriyle bile bahsedebilirler; "ben" veya "bana" gibi zamirleri nadiren ve sadece başkalarından bahsederken kullanırlar.

Konuşma yeteneğinin varlığı ya da yokluğu otizm spektrum bozukluğu olan çocuğun ilerideki adaptasyonunu tahmin etmede etkili bir araçtır. Billstedt, Gillberg ve Gillberg (2007) otizm spektrum bozukluğu olan 105 kişiyi erken çocukluk döneminden genç yetişkinlik dönemine kadar takip etmiştir. 5 yaşında konuşmasını biraz geliştiren çocukların geliştirmeyen çocuklara göre, sonrasında daha iyi bir düzeye geldikleri bulunmuştur. Aslında, 5 yaşına kadar olan dil gelişimi otizm spektrum bozukluğu olan bu bireylerin yetişkinlikleri için en iyi yordayıcıdır. Bu bulgulara dayanarak, Sam'in görece olarak daha zayıf bir gelişim gösterdiği görülebilir.

Bu temel işaretlere ek olarak, otizm spektrum bozukluğu tanısı olan pek çok çocuk yemek yerken, özellikle yemek yemeyi reddetme ya da sadece tek bir çeşit veya birkaç çeşit yiyeceği yemek gibi problemler yaşamaktadır. Bu aşırı duyarlılık, yeni uyarana karşı tiksinti hissetme, yeni seslere ve tatlara karşı da aşırı bir hassasiyet olarak görülmektedir. Aşırı duyarlılığın otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara özgü olduğu düşünülmüş, fakat aslında bunun, zihin yaşı ile güçlü bir bağlantısı olduğu ve zihinsel bozukluğu (zihinsel geriliği olan) olan çocuklarda da olduğu görülmüştür (Baranek, Boyd, Poe, David ve Watson, 2007). Genelde çocuklar duyusal problemlere sahip olur. Sam gibi, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların, hiçbir sese karşılık vermedikleri ve hatta bazı çocuklar ses ya da ışığa karşı duyarsız oldukları için, önce onların sağır olduğu düşünülmüştür. Gelişim, genellikle tuvalet eğitimi sırasında yaşanan güçlükler ile beraber, gecikmeli olarak devam etmiştir; kafasını yere vurması ve diğer kendine zarar verici davranışlar oldukça yaygındır (Bishopve ark., 2007). Zekâ puanı normal aralıktaki otizmli çocuklar öfke ya da mutluluk gibi basit duyguları tanımlayabilmektedir fakat utanç ya da gurur gibi daha karmaşık duyguları tanımlarken ifadeleri çok basitleşmekte, hatta fakirleşmekte ve tanımlamaya çalıştıkları içeriğe uymamaktadır (Losh ve Capps, 2006).

Otizm spektrum bozukluğu daha sıklıkla konmaya başlamıştır (Barbaresi, Katusic, Colligan, Weaver ve Jacobsen, 2005). 1980'den 1983'e kadar görülme oranı her 100.000 çocukta 5,5'tir, fakat 8,2 kat artışla 1995'ten 1997'ye kadar her 100.000 çocukta 44,9 olmuştur. 1987'de tanı kriterlerini genişleten ve otizm farkındalığını arttıran *DSM-III-R'nin* (APA) yayımlanmasından sonra artış daha belirgin olmuştur. Vakalardaki bu artış, bozukluktaki gerçek bir artıştan çok en azından kısmi olarak bu değişimlere bağlı olabilir. Ek olarak, otizm spektrum bozukluğu için daha erken yaşlarda tanı konma oranı arttırmıştır (Wazana, Bresnahan ve Kline, 2007). Bu tanıyı almış çocuklar, özel eğitim hizmetleri alabilmektedir. Bu klinisyenler, zorluk yaşayan çocuklara bu hizmetlere ulaşabilmeleri için tanı koymaktadır (Barbaresi, Colligan, Weaver ve Katusic, 2009). Gerçek otizm spektrum bozukluğu olan birçok vakaya tanı konulmamış olabilir ve bozukluğun daha yaygın hâle mi geldiği, yoksa sadece daha iyi ayırt edilebilir olduğu hâlâ çok açık değildir.

Erkekler kızlara göre dörtte üç daha fazla otizm spektrum bozukluğu oranına sahiptir (Volkmar ve ark., 2005). Bu tanı, epilepsi hastalığıyla yüksek eş tanı göstermektedir. Otizm spektrum bozukluğu olan yüzde 75 ile 80 civarı kişide aynı zamanda zekâ geriliği tanısı da olmaktadır (Kabot, Masi ve Segal, 2003). Az sayıda kişide de takvim hesaplaması ya da sanat, müzik veya çok özel bir alanda bellek becerileri gibi göze çarpan becerilerin gözlemlendiği savant sendromu görülmektedir (Heaton ve Wallace, 2004). Savant sendromu, otizm spektrum bozukluğu ile ilişkilidir fakat henüz tam olarak anlaşılamamıştır.

Yetişkinlik dönemine geldiklerinde otizmden dolayı ağır bir şekilde etkilenmiş bu çocuklara ne olmaktadır? Lotter (1978), erken dönem takip çalışmalarında, otizm spektrum bozukluğu olan sadece yüzde 5 ile 17 arası çocuğun yetişkinlik-

lerinde görece iyi bir durumda olduğunu belirtmiştir. Geriye kalan çocukların çoğunun durumu daha da kötüye gitmekte ve yüzde 50'si bakım evlerinde bulunmaktadır. Diğer araştırmacılar da benzer sonuçlara ulaşmışlardır (Howlin, Goode, Hutton ve Rutter, 2004).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Araştırmacılar otizm spektrum bozukluğunun sebebinin nörobiyolojik faktörler olduğuna inanmaktadır (Volkmarve ark., 2005). Bir dizi nörolojik anormallik bulunmuş ve belgelenmiştir. Otizm spektrum bozukluğuna sahip yeni yürümeye başlayan çocukların kafaları, hastalığı olmayan diğer çocuklara göre yüzde 10 daha büyüktür (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz ve Klin, 2004). Bu fark doğumda gözlenmemektedir ve yürüme çağı ile çocukluk dönemi boyunca olan aşırı büyüme giderek düzelmeye başlamaktadır ve farklılıklar yetişkinlikte de çok dikkat çekici olmamaktadır. Bu farklılıkların sebebi henüz anlaşılamamıştır. Ayrıca amigdala, hipokampüs ve beyincikte (serebellium) de farklılıklar bulunmaktadır; bu anormalliklerin doğası ve sebepleri araştırılmaktadır. Dahası, anneleri doğum öncesi dönemde kızamık geçiren çocuklarda hastalığın görülme oranı genel popülasyondaki çocuklara göre yaklaşık 10 kez daha yüksektir.

Otizm spektrum bozukluğunun etiyolojisindeki genetik faktörler iyice anlaşılmıştır. Hastalığa sahip çocukların kardeşlerinin yüzde 2 hastalık olasılığı bulunmaktadır (McBride, Anderson ve Shapiro, 1996). Bu küçük bir yüzde gibi görünmesine rağmen, genel popülasyondaki hastalık riskiyle karşılaştırıldığında 50 kat daha fazla riski temsil etmektedir. Otizm spektrum bozukluğundaki genetik faktörlerin önemiyle ilgili kanıtlar ikiz çalışmalarıyla sağlanmıştır. Tek yumurta ikizleri yüzde 60'ın üzerinde uyum oranı gösterirken, çift yumurta ikizleri yüzde 0 uyum oranı göstermektedir (Muhle, Trentacoste ve Rapin, 2004). 10 farklı genin, en azından 3-4 tanesinin bu fenotiple etkileşime girdiği düşünülmektedir (Volkmar ve ark., 2004). Aile çalışmaları, otizm spektrum bozukluğuna sahip vakaların akrabalarında konuşma gecikmeleri ve sosyal eksikliklere işaret etmektedir (Piren, Palmer, Jacobi, Childress ve Arndt, 1997). Birlikte ele alındığında, aile ve ikiz çalışmaları bu bozukluk için genetik bir temel olduğunu desteklemektedir. Sam'in durumunda, ne nörolojik bir anormallik ne de aile öyküsünde bir otizm spektrum bozukluğu bulunmamaktadır. Fakat, ablasında öğrenme güçlüğü vardır.

Genetik faktörler tek başına otizm spektrum bozukluğunun yordayıcıları olmayabilir. Genlerin, toksinler gibi çevresel faktörlere karşı bir yatkınlık yaratması da mümkün olabilir (Lawler, Croen, Grether ve Van de Water, 2004). Şu anda kesin olarak bir toksin veya teratojenin bu bozuklukla ilişkili olduğuna dair bir kanıt yoktur, fakat doğum öncesinde, epilepsi ve bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ***valproik aside*** ve hamilelerde sabah bulantılarını engellemek için kullanılan bir ilaç olan ***talidomite*** maruz kalmanın çocuklarda bu hastalığı oluşturabilleceğine dair kanıtlar bulunmuştur (Newschaffer ve ark., 2007).

Buna ek olarak, hava kirliliğindeki nörotoksinler, yiyeceklerdeki tarım ilaçları ve böcek ilaçlarıyla olan ilişkiler de sonradan araştırılmaktadır. Diğerleri viral en-

feksiyonlar ve hamilelik sırasında vajinal kanama gibi doğum öncesi problemler ve erken doğum ya da Sezaryen doğum, uzun süren doğum ve çoklu doğum (ikizler veya üçüzler) gibi doğum komplikasyonlarının otizm spektrum bozukluğu olanlar arasında çok yaygın olduğunu ve hastalığın gelişimine katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir (Brimacombe, Ming ve Lamendola, 2007).

1998 yılında böyle bir ilişkinin varlığından bahseden bir araştırma raporunun yayımlanmasından sonra popüler medyada aşılara karşı, özellikle otizm spektrum bozukluğunda uygulanan ve aşılarda kullanılan bir koruyucu olan timerosal için, çok büyük bir ilgi gösterilmiştir. Fakat, yetersiz kanıtlara dayandığından ve yazarlardan biri aşı üreticilerine karşı bir davadan mali teşvik aldığından dolayı, o rapor geri çekilmiştir (Fleck, 2004). Orijinal verilerin dikkatlice incelenmesi sonucunda kanıtların üzerinde oynandığı, raporun aldatmaca olduğu ve uydurma verilerle hazırlandığı bulunmuştur (Godlee, Smith ve Marcovitch, 2011). Uydurma raporun yayımlanmasını, aşılar üzerine yapılan bir araştırma dizisi bütünü takip etmiştir ve aşıların otizm spektrum bozukluğuyla bir ilişkisi bulunmamıştır (Parker, Schwartz, Todd ve Pickering, 2004). Maalesef, birçok ebeveyn asılsız korkularla aşıları çocuklarından uzak tutmuştur ve bu yüzden pek çok çocuk hâlen bazı ölümcül bulaşıcı hastalıklar için risk altındadır.

Tedavi

Otizm spektrum bozukluğunun tedavisi için antipsikotikler (ör., haloperidol) ve antidepresanlar başta olmak üzere pek çok tedavi denenmiştir (Palermo ve Curatolo, 2004). Bu tedaviler stereotipik motor davranışları, kendini yaralamayı, saldırganlığı, hiperaktiviteyi ve uyku problemlerini kontrol altına almaya yardımcı olabilir (Sung, Fung, Cai ve Ooi, 2010).

Temel psikolojik tedavi, davranışsal terapidir. Sam vakasında görüldüğü gibi, bu da zaman ve emek olarak çok masraflıdır. Dahası, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların öğrenmeyi zorlaştıran pek çok problemi de vardır. Rutindeki değişimlere uyum sağlamakta, örneğin vekil öğretmenler gibi zorluk çekerler. Kendini uyarıcı davranışları, etkili öğrenmeyi engeller ve onları motive edecek pekiştireçler bulmak oldukça zor olabilir. Otizm spektrum bozukluğu olmayan çocuklar, genellikle övgüyle motive olurken, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların çoğu için durum böyle değildir. Davranışçı terapistler, güvenilir şekilde değerlendirilmiş ve gözlenebilir davranışlar üzerine odaklanmakta ve çevreden edinilen bu davranışların sonuçlarını yönlendirmektedir. Sam'in vakasındaki gibi, arzulanan davranışlar (ör., konuşma, başka çocuklarla oynama) ödüllendirilir ve istenmeyen davranışlar (ör., el çırpma, çığlık atma) görmezden gelinir ya da cezalandırılır. Arzu edilen davranışlar önce tek tek öğrenilecek şekilde küçük birimlere ayrılır ve sonra bir bütün hâline getirilir. Bu yönteme güzel bir örnek Sam'i konuşturmaya çalışırken izlenen yöntemde görülmektedir. Model alma, edimsel davranışçı terapi programlarında sık kullanılan bir tamamlayıcıdır.

Yoğun davranışçı müdahale programları okul öncesi çocukların bilişsel becerilerini, öz bakım becerilerini, dili ve olumlu sosyal davranışlarını önemli ölçüde geliştirmiştir (Remington ve ark., 2007). Ivar Lovaas otizm spektrum bozukluğu olan küçük çocuklar (4 yaşın altındaki) için bir program geliştirmiştir (Lovaas, 1987). Terapi 2 yıldan daha fazla bir süre boyunca haftada 40 saatten fazla yer kaplayarak çocukların hayatlarının tüm alanlarını içine almıştır. Ebeveynler de tedavinin çocuklar uyanık olduğu tüm zamanlarda devam edebilmesi adına yoğun bir eğitim almışlardır. Bu yoğun tedaviyi alan 19 çocuk, haftada 10 saatten daha az benzer bir tedavi almış 40 kontrol grubu çocukla karşılaştırılmıştır. Tüm çocuklar konuştukları, diğer çocuklarla oyun oynadıkları, daha az saldırgan, daha uyumlu ve sosyal olarak daha uygun oldukları için ödüllendirilmiştir.

Sonuçlar etkileyici ve yoğun terapi programını destekleyici yöndeydi. IQ seviyeleri ilk aşamada (yoğun tedavi programında 2 yıldan sonra), yaklaşık 55 civarında olan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ortalama 83'tür; 19 kişiden 12'si normal aralığa ulaşırken, kontrol grubunda bu sayı yalnızca (40 kişide) 2'dir. Dahası, yoğun terapi programındaki 19 kişiden 9'u normal bir devlet okulunda ikinci aşamaya geçerken, daha büyük olan kontrol grubundaki sadece 1 kişi bu normal işlevsellik düzeyine erişmiştir. 4 yıllık bir takip çalışması, kazanımlarını sürdürdüklerini göstermiştir (McEachin, Smith ve Lovaas, 1993). Son zamanlarda bu tedavi yaklaşımıyla yapılan bir çalışmada, kazanımların orijinal olarak bildirildiği gibi etkileyici olmamasına rağmen, ebeveyn eğitimi kontrol grubundan daha etkili olduğunu doğrulamıştır (Volkmar ve ark., 2004). Bu hedefli çalışma hem uzmanların hem de ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğuyla mücadele ederken yoğun bir iş birliği içinde olma ihtiyaçları olduğunu doğrulamaktadır. Böyle bir tedavi her çocuk için yıllık 40.000 $ maliyeti ile pahalıdır ve çok zaman almaktadır (Shattuck ve Grosse, 2007). Fakat, daha az yoğunlukta eğitilen çocuklarda görülen uzun süreli bağımlılık ve üretici çalışmanın kaybolması bazı çocukların normal işlevsellik düzeyine gelmelerini sağlayan bir tedaviye göre toplum için daha büyük bir bedel getirebilir. Yoğun erken müdahaleye rağmen bile, çoğunluk iyileşmeyecek ya da normal işlevsellik düzeyine gelmeyecek, fakat belirgin semptomları olacak ve bozulmalar devam edecektir (Shea, 2004).

Son olarak, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların aileleri büyük bir stresle mücadele etmeyi deneyimlemektedir. Fazladan ekonomik yükler ve semptomların zorlanması ve tedavinin yoğun doğası ailelere çok fazla gelebilir. Bu hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin evliliklerinin çoğu devam etmesine rağmen, bu aileler için iki kat boşanma riski mevcuttur (Hartley ve ark., 2010).

Tartışma Soruları

1. Terapi, Sam'in öfke nöbetleri ve saldırgan davranışlarını önlemek ve çığlık attığı zaman yaşadığı öfke nöbeti başladığında ağzına acı sos verilmesini içermektedir. Bu tür bir müdahaleyi etik açıdan uygun buluyor musunuz? Sizce böyle bir tedavi kullanmanın avantajları ve dezavantajları nelerdir?

2. Otizm spektrum bozukluğuyla ilişkili olarak aşı konusundaki tartışmaları daha önce duydunuz mu? Aşılar tekrarlı araştırmalarda temize çıkmasına rağmen, birçok aile hâlâ çocuklarını aşılatmayı reddetmektedir. Araştırmacılar, doktorlar ve medya bununla ilgili ne yapmalıdır?
3. Otizm spektrum bozukluğu tanısındaki artışın sebebi ne olabilir?
4. Otizm spektrum bozukluğu için en etkili tedavi, oldukça maliyetli olan erken dönem yoğun davranışçı terapidir. Bu durum toplumumuzda hangi etik ikilemlere sebep olabilir? Otizm spektrum bozukluğu tedavisine olan ihtiyaç ve diğer çocuklarımız için önleyici sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı sınırlı sağlık hizmetleri bütçemizle nasıl dengelemeliyiz?

BÖLÜM 2*

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

Ken Wilson'ın annesi, okulda hem akademik hem de sosyal olarak problem yaşayan 7 yaşındaki oğluyla ilgili olarak klinikle iletişim kurdu. Okul psikoloğu, onun hiperaktif olduğunu söylemişti. Klinik, Ken ve ebeveynleri ile bir ön görüşme randevusu ayarladı.

Sosyal Geçmiş

Vaka, kliniğin bekleme odasında aile ile tanışan bir klinik psikoloji stajyerine verildi. Hepsiyle kısa bir konuşmanın ardından, önce ebeveynlerle yalnız görüşeceğini ve daha sonra Ken ile zaman geçireceğini açıkladı.

Wilson çifti 12 yıldır evliydi. Bay Wilson yönetici, Bayan Wilson da ev hanımıydı. Ken de üç çocuğun ortancasıydı; ablası 9 yaşında ve küçük erkek kardeşi 4 yaşındaydı. Hiçbir kardeşin arasında görünürde bir problem yoktu. Bayan Wilson, Ken için normal süresinde bir hamilelik geçirmişti. Doğum oldukça uzun sürmesine rağmen komplikasyonsuz sonuçlanmıştı.

Ebeveynlerine göre, Ken'in şu anki problemi anaokulunda başladı. Öğretmeni sıklıkla sınıftaki problem davranışları ile ilgili olarak eve notlar gönderiyordu. Aslında, en sonunda bir "deneme hakkı" ile sonuçlanan, Ken'i birinci sınıfa başlatmakla ilgili endişeleri vardı. Herkes olgunlaşacağını ve birinci sınıfta daha iyi olacağını umut etti, fakat onun davranışları daha da rahatsız edici hâle geldi. Öğretmeni okulun ilk 2 ayında birçok kez eve onunla ilgili olumsuz raporlar gönderdi. Ödevlerini tamamlamadığını, sınıfta rahatsız edici ve agresif davranışları olduğunu belirtti.

Terapist, ebeveynlerine onların Ken'le ilgili evdeki gözlemlerini ve gelişim sürecini sordu. Ablasına göre daha zor bir bebekliği olmuştu. Çoğunlukla ağlıyordu ve çocuk doktoru tarafından kolik bebek olarak tanımlandı. Düzgün yemek yemiyordu ve uykusu düzensiz ve huzursuz oluyordu. Ken büyüdükçe, annesi onunla daha fazla sorun yaşamaya başladı. Her şeye karışıyordu. Ablasının davranışlarını kontrol

*Çeviren: Klinik Psikolog Selin Temizel

edebilen sözlü uyarıların, onun üzerinde bir etkisi olmuyordu. Ebeveynleri pahalı bir vazo ile oynamak ya da sobayı açıp kapatmak gibi tehlikeli bir şey yapmasına izin vermediğinde çoğu zaman bir şey atmak, oyuncaklarını kırmak ve çığlık atmak dâhil olmak üzere öfke nöbetleri yaşıyordu. Kız kardeşiyle olan ilişkisi zayıftı. Onu birkaç kez ısırdı ve başını derde sokmaya çalışmak hoşuna gidiyordu.

Ken, çevredeki diğer çocuklara karşı da agresifti. Birçok ebeveyn artık çocuklarının Ken ile oynamasına izin vermiyordu. Hayal kırıklığına toleransı düşüktü ve kısa bir dikkat süresi vardı. Bulmaca ve oyunların başında birkaç dakikadan fazla kalamıyordu ve sadece kısa bir süre denedikten sonra başarılı olamadığında da öfkeyle tepki gösteriyordu. Akşam yemeği için dışarı çıkmak, restoranlardaki uygunsuz davranışlarından dolayı imkânsız hâle geldi. Evdeki yemek zamanlarında bile huzursuzlaşıyordu. Ken'in ailesi onunla nasıl başa çıkacakları konusunda sık sık tartışmaya başladı.

Terapist ilk görüşmenin sonuna doğru, Ken'i odasına getirirken ailesi de bekleme odasında kaldı. Ken neden klinikte olduğunu anlamadı, ancak daha sonra okulda çok fazla problem yaşadığını kabul etti. Bu uygunsuz davranışları ile ilgili bir şeyler yapmaya çalışmanın iyi olacağını kabul etti.

Ken ve ailesi ilk oturumun son dakikalarında bir araya getirildi. Terapist, gelecek birkaç seans boyunca Wilson ailesinin evine ve Ken'in okuluna yapılacak ziyaretler de dâhil olmak üzere kapsamlı bir değerlendirme yapacağını açıkladı. Ebeveynler, terapistin çocuk doktorundan ve okuldan bilgi alabilmesi için onay formlarını imzaladı.

Şimdiki Problemi

Okul kayıtları, ebeveynlerinin Ken'in anaokulundaki davranışlarına ilişkin açıklamasını onayladı. Öğretmeni onu "rahatsız edici, huysuz, agresif" ve bir "disiplin sorunu" olarak nitelendiriyordu. Anaokulunun sonuna doğru, zekâ ve akademik başarısı test edildi. IQ testi sonucu 120 olmasına rağmen, okuma ve matematik testleri konusunda pek başarılı olamadı. Ken'in birinci sınıf öğretmeni ile yapılan bir görüşme de, diğer raporlarla tutarlı bilgi sağladı. Ken'in öğretmeni, sık sık oturduğu yerden kalktığından, oturması gerektiği hâlde nadiren oturduğundan, ödevlerini tamamlamadığından ve akran ilişkilerinin zayıf olmasından şikâyet etmişti. Ken, onu disiplin etme çabalarına kayıtsız görünüyordu. Ken'in öğretmeni, Ken'in en fazla hiperaktivite, hayal kırıklığına tolerans ve zayıf dikkat süresi ve o kadar olmasa da ağlama ve duygudurum değişiklikleri ile sıkıntı yaşadığını belirttiği bir davranış listesi oluşturdu.

Terapist, bir sabahı Ken'in sınıfında geçirdi ve bu süre içinde Ken, altı kez uygun olmayan bir şekilde sandalyesinden kalktı. Muhtemelen bir araba egzozundan gelen bir ses duyunca pencereden dışarı bakmaya başladı. Üç kez diğer çocuklarla konuşmaya başladı. Ken iki kere kalktı ve sınıfın içinde hızla yürümeye başladı. Yerinde oturduğu sırada bile genelde çalışmıyordu ve bunun yerine başkalarına satasıyor ya da rahatsız ediyordu. Herhangi bir ses, bir çocuğun öksürmesi veya kalemin

düşmesi, onun dikkatini dağıtıyordu. Öğretmeni onunla konuştuğunda, onun dikkat edeceği seviyede sesini yükseltene kadar onu duymuyor gibi görünüyordu.

Ken'in ebeveynleriyle yapılan sonraki seanslarda, onun evdeki devam eden davranışları üzerine odaklanıldı. Ken'in ablasıyla olan iletişimi hâlâ zayıftı, yemek zamanlarında hâlâ oturmakta güçlük çekiyordu ve ondan bir şey talep edildiğinde öfke nöbetleriyle tepki gösteriyordu. Davranışları, ikinci kattaki odasının penceresine tırmanıp bisikletini yoğun bir sokağın ortasına doğru atmak gibi göz korkutucu bir hâl aldı. Cesur davranışları, çoğunlukla kendisinden korkan mahalle arkadaşlarından olumlu bir tepki alabilmesinin tek yolu gibiydi. Gerçekten hiç yakın arkadaşı yoktu.

Bay Wilson, iş programından dolayı bu seansların ikisini kaçırdı. Çoğunlukla tek yönü iki saat olan bir tren yolculuğuyla işe gitmek durumunda kalıyordu. Bay Wilson'ın kaçırdığı bir seansta Bayan Wilson evliliklerinde sorun yaşadıklarını ima etti. Bu konu doğrudan gündeme geldiğinde, evliliklerinin eskiden olduğu kadar iyi olmadığını kabul etti. Konuşmaları Ken ile nasıl baş edecekleri üzerine yoğunlaştı. Bayan Wilson, fiziksel şiddetle cezalandırmanın tek çözüm olduğuna inanmaya başlamıştı. Ken'in durmadan artan hoşnutsuzluğunu anlattı ve asla değişmeyeceğinden korktuğunu belirtti.

Bay Wilson bir sonraki seansa geldiğinde, terapist ona çocuk yetiştirme felsefesini sordu. O da "erkek çocuk erkek adam olacak" yaklaşımından bahsetti. Çocukken o da Ken gibiydi ve "olgunlaşıp vazgeçmişti"; Ken'in de öyle olmasını bekliyordu. Sonuç olarak, eşi Ken'i cezalandırmak istediğinde bile, yaptığı şeylerin cezalarından kaçmasına izin verdi. Çiftin tartışmaları, son zamanlarda daha da şiddetli ve sık hâle geldi; tartışmalar genellikle de Bay Wilson işten eve döndüğünde oluyordu. Bayan Wilson, özellikle Ken'le geçirdiği kötü bir günün ardından, Bay Wilson'u Ken'i disipline etmesi için ikna etmeye çalışıyordu. Ancak Bay Wilson, bunu reddederek karısını aşırı tepki vermekle suçluyordu.

Ertesi hafta, terapist, Ken ve ablası okuldan eve gelmeden hemen önce Wilson ailesinin evini ziyaret etti. Ziyaretin ilk kısmı olaysız geçti, ama çok geçmeden Ken ve ablası oyunu kimin kazandığı konusunda kavga etmeye başladı. Ken oyunu bozdu ve ablası ağlayarak annesinin yanına gitti, annesi de Ken'e bağırmaya başladı. Ken, ablasının hile yaptığını söyleyerek davranışını açıklamaya çalıştı. Annesi, Ken'e odasına gitmesini emretti; birkaç dakika sonra, ağladığını duyduğunda yanına gitti ve dışarı çıkabileceğini söyledi.

Çocuklar akşam yemeklerini erken yedi; Bayan Wilson yemek için kocasının eve gelmesini beklemeyi planladı. Ken tabağındaki hiçbir şeyi sevmediğinden şikâyet etti. Birkaç dakika yemeğini yedi ve sonra ablasına yüzünü tuhaf şekillere sokarak taklitler yapmaya başladı. Bayan Wilson, taklit yapmayı bırakıp yemeğini yemesi için bağırdı. Geri döndüğünde, kendi tabağından ablasının tabağına yiyecek koymaya başlamıştı. Ablası direnmeye devam edince Ken, süt bardağına çarptı ve yere döküldü. Ken'in annesi bu noktada çok kızdı. Ken'e vuracak gibi görünüyordu, fakat belki de terapistin varlığının etkisiyle kendini sakinleştirdi. Ken'e babasının eve geldiğinde büyük problemi olacağını söylese de, hiçbir şey olmadı. Bay Wilson eve geldiğinde olayı önemsizleştirdi ve Ken'i cezalandırmayı reddetti. Bayan Wilson açıkça kızdı, ama hiçbir şey söylemedi.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Terapist, Ken'in problemini edimsel koşullama çerçevesinde kavramsallaştırdı. Ken'in davranışının olası biyolojik nedenleri olmasına rağmen terapist, ödüllendirmenin ve cezalandırmanın—edimsel yöntem—olduğu yapılandırılmış bir programın işe yarayacağına inanıyordu. Tedavi, olumlu sonuçlar sağlayarak pozitif davranışların (ebeveynlerin isteklerine uyma, ablasıyla olumlu etkileşime girme, sınıfta sandalyesinde oturma) sıklığını artırmayı içeriyordu. Benzer şekilde, istenmeyen davranışları olumsuz sonuçlar izleyecektir. Terapist, Ken'in ebeveynlerine, yanlış davranışlarının çoğunun onun için olumlu sonuçlar doğurduğunu açıkladı. Örneğin, öfke nöbetleri çoğunlukla kendi hâline bırakılıyordu. Karıştırıcı özellik, anne babasının tutumuydu. Her ikisi de bu planı başarmak için gereken tüm işleri yapmak ister miydi? Terapist değerlendirme sonuçlarını ve tedavi planının ana hatlarını açıkladıktan sonra, her iki ebeveyne de genel planın basit ve ölçeklendirilmiş bir formunu denemek isteyip istemediklerini sordu. Umutları, yalnızca birkaç problem alanı hedefleyen basit bir müdahalenin görünür ve hızlı sonuçlar doğurmasıydı. Bu küçük değişiklikler, ebeveynleri daha sonra tüm bir tedavi paketini uygulamaya motive edebilirdi.

İki tane hedef davranış belirlendi —sınıfta sandalyesinden kalkması ve evde yemek zamanlarındaki uygunsuz davranışları. Yemek zamanlarındaki davranış problemleri, servis edilen yemeklerden şikâyetçi olması; ablasını masanın altına doğru ittirmesi; sandalyesinde oturmaması ve gülmesi, kıkırdaması ya da yüzüyle taklit yapması olarak tanımlandı. Sonraki hafta boyunca ebeveynlerinden, daha sonraki müdahaleler için hedef olabilecek diğer bazı davranışların (öfke nöbetleri, kardeşleri ile kavgalar ve ebeveynlerinin isteklerine uymaması) yanı sıra, yemek saatlerindeki bu davranış problemlerinin sıklığını kaydetmeleri istendi. Ken'in öğretmeni de, Ken'in her gün oturduğu yerden kaç kez kalktığını kaydedeceğini belirtti.

Bir sonraki seansta, bir müdahale planlandı. Geçen haftanın kayıtları, her yemek zamanının problemli olduğunu gösterdi. Ken, sırasında çalışması gerektiği hâlde günde ortalama dokuz kez yerinden kalktı. Terapist, Ken'e ve ailesine, yemek saatlerinde rahatsız edici şekilde davranmaması ve okulda oturduğu yerden daha az kalkması hâlinde önümüzdeki hafta Ken'in ödüllendirileceğini açıkladı. Eğer hedefe uyarsa, Ken daha fazla televizyon izleyebilecek, sevdiği bir tatlıyı yiyebilecek veya anne-babasından biriyle oyun oynayabilecekti. Başlangıç için kriter, okuldan günde beş kereden daha az yerinden kalkma, her gün evde yediği iki öğünden en az birinde bu rahatsız edici davranışları göstermemekti. Terapist, Ken'in ebeveynlerine buzdolabına yapıştırılacak bir çizelge hazırlamayı önerdi. Ken'in öğretmeni, okulda oturduğu yerden kaç kez kalktığını gösteren günlük bir not gönderecek ve bu sayı, "iyi" bir yemek zamanı için yapılan kontrollerle birlikte çizelgeye eklenecekti. Seansın ardından, Ken'in öğretmeni ile iletişime geçildi ve program anlatıldı. Öğretmeni de Ken'in oturduğu yerden kaç kez kalktığına dair günlük kayıtları eve göndermeyi kabul etti.

Bir sonraki seansın başında Ken'in ebeveynleri oldukça memnun görünüyorlardı. Çizelgeyi yanlarında getirmişlerdi ve görünür şekilde bazı değişiklikler olmuştu. Ken, yedi günde kriterlerin altısını karşılamıştı. Oturduğu yerden kalkma sayısı ortalama 9'dan 3,6'ya düşmüş ve yemek saatlerinde sadece beş kez huysuz davranmıştı (bunlardan ikisi cumartesi günü oldu ve ödül alamamasıyla sonuçlandı). Sonraki birkaç seansta, ebeveynler ve terapist müdahale programının genişletilmesi üzerinde çalıştı. Öfke nöbetleri, kardeşleriyle kavga etme ve ebeveynlerinin isteklerine uymama kayıt altına aldıkları önceki haftada da sık görüldü. Ken'in ailesi şimdi diğer problem alanlara odaklanmak için istekliydi.

Ailesinin isteklerine uymama, üç tane hedef davranış arasından en zoru olarak belirlendi. Ken bu rahatsız edici davranışları o kadar farklı şekillerde yapıyordu ki bunlar için özel bir ölçüt belirlemek zordu. Terapist ve Ken'in ebeveynleri, öfke nöbetlerinin Ken'i odasına gönderip ve 10 dakika sessizce kalması ile cezalandırma konusunda anlaştılar. Kavga etmesine basit bir durdurma uyarısı ile engel olmaya karar verdiler. Eğer bu etkisiz olursa, odasına gönderme yöntemini kullanacaklardı. Anne ve babası Ken'den yatağına yatmasını veya ablasını rahatsız etmeyi bırakmasını isterken, bu isteklerini sakince ve duyulduklarından emin olarak yapmaları konusunda bilgilendirildiler. Bu isteklere uymazsa, ona sakince tekrar hatırlatacaklardı; eğer bu başarısız olursa, odasına gönderilecekti. Terapist isteklerini sakince ifade etmeleri ve Ken'in öfkelenmeden odasına gönderilmesi gerektiğini vurguladı. Son olarak, anne ve babası uyumlu olarak oyun oynadığında ve yemekler sırasında uyumlu olduğunda, onu güzelce oynarken ve düzgün davranırken gördüklerinde ne kadar mutlu olduklarını söyleyerek sosyal olarak ödüllendirme konusunda anlaştılar.

Önceki haftaların kayıtlarına dayanarak, yeni program uygulanmaya başladığında, Ken'in yaklaşık 20 kez odasına gönderileceği tahmin edildi. Bu nedenle, Ken odasına en az 10 kereden az gönderilmesi durumunda, özel bir hafta sonu ödülü, sinemaya gitme hakkı kazanacaktı. Yemek zamanı uygulanan yönteme devam edildi ve önceki gibi, ebeveynleri okuldaki davranışlarını, yemek zamanlarını ve odasına ceza için gönderilme sıklığını gösteren bir çizelge tutmaya devam etti. Bu kez, ebeveynlerden Ken'e övgüde bulundukları zamanların sayısı sayısını ve uyumsuz davrandığı zamanları ayrıntılarıyla kaydetmeleri istendi; böylece terapist, ebeveynlerin isteklerinin mantıklı olacağından emin olabilecekti.

Aynı zamanda, terapist, Ken'in öğretmeniyle iletişim kurdu ve okulda izlenen programının kapsamını genişletti. Öğretmeninden, Ken'in yerinden kalktığı zamanlara dikkat etmesi belirtildi, ancak Ken'i uygun şekilde yerinde oturup çalışırken olabildiğince övmesi istendi. Günlük rapor tutanakları, tamamlanan görevlerin sayısını ve hem fiziksel hem sözel agresyon dâhil olmak üzere akranlarla olan agresif etkileşimlerin sayısını da içerecek şekilde genişletildi. Diğer rahatsızlık verici davranışları da (gürültü yapmak, taklit yapmak) kaydedildi. Bu haftanın kayıtları, ebeveynlerle başka bir müdahale planlamak için kullanıldı.

Odaya göndererek cezalandırılmanın uygulanmasından sonraki seansta, ebeveynler bir önceki haftaya oranla çok daha az hevesliydiler. Yemek zamanlarındaki davra-

nışlarında gelişme kaydedilmiş olsa da, Ken hafta boyunca 17 kez odasına gönderildi ve sinemaya gidemedi. Odasına gönderme cezasının Ken üzerinde etkili bir sonucu olmadığı görüldü. Terapist, aileden bu yöntemi nasıl kullandıklarına dair daha fazla ayrıntı istedi. Ken'in odasında bir sürü oyuncak olduğu ortaya çıktı; bu yüzden terapist yöntemi değiştirmeye karar verdi. Ken'in oyuncakları odadan çıkarıldı; böylece mola oyuncaklar ya da kitaplar olmadan sadece yatağında oturmaktan oluşacaktı. Ayrıca, ev için belirlenen tüm hedefler günlük bir ödülle bağlantılıydı (daha önce açıklanan üçünden biri). Özellikle, Ken her sakin geçen yemek için 2 puan, akşam yemeğinden önce yalnızca bir kez oda cezası alırsa 2 puan ve akşam yemeğinden sonra hiç ceza almazsa da 2 puan kazanacaktı.

Genişletilmiş okul programı da bir puan sistemine dönüştürüldü. Öğretmenin önceki haftaki kayıtları, Ken'in günde ortalama üç kez oturduğu yerden kalktığını, ödevlerinin yüzde 55'ini tamamladığını ve günde ortalama beş kez saldırgan ya da rahatsız edici davranışları olduğunu gösterdi. Okul için bir dizi yeni kriter belirlendi ve bu davranışlar için puanlar verildi: oturduğu yerden günde üç defadan az kalkması için 2 puan, ödevlerinin yüzde 70 ve daha fazlasını tamamlaması için 2 puan ve saldırgan ve rahatsız edici davranışlarının sıklığını azaltmak için 2 puan. Böylece, Ken her okul gününde 12 puan kazanabilir ve hafta sonları da 6 puan alabilirdi. Günlük ödüllerden birinin kriteri, okul günleri için 8 puan ve hafta sonları için 4 puan olarak belirlendi. Buna ek olarak, haftalık toplam 54 puan Ken'in sinemaya gidebilmesini sağlayacaktı.

Sistem şimdi iyi çalışıyor gibi görünüyordu. Tipik bir hafta boyunca Ken, 58 puan kazandı ve ödül olarak sinemaya gitti. Ayrıca, her gün bir ödül kazanma kriterini karşıladı. Evde günde ortalaması yalnızca bir oda cezası aldı ve 14 öğünün 12'si olaysız geçti. Okulda günde ortalama iki kez yerinden kalktı, ödevlerinin ortalama yüzde 70'ini tamamladı ve günde üç defadan az agresif ya da rahatsız edici davranışlarda bulundu.

Ertesi hafta, okul davranışlarına ilişkin kriterler tekrar yükseltildi. Günde iki kereden az yerinden kalktığında, ödevlerinin yüzde 80'ini tamamladığında ve günde iki kereden daha az agresif veya rahatsız edici olduğunda puan kazanabilecekti. Evdeki puan sistemi değiştirilmedi. Günlük bir ödül için kriter okul günlerinde 10 puana, hafta sonlarında ise 6 puana yükseltildi; tüm hafta için ödül kriteri toplamda 66 puana yükseltildi. Buna ek olarak programa yeni bir günlük ödül de eklendi: Ken'in babasının yatmadan önce masal anlatması. Ebeveynler de iyi davranışları övmeye devam etmeleri için teşvik edildi. Terapist, sınıf için de benzer bir yöntem belirlemek üzere Ken'in öğretmenini aradı.

Program sonraki birkaç hafta içinde gelişmeye devam etti ve Ken sürekli bir ilerleme kaydetti. 14. haftaya gelindiğinde, Ken'in davranışlarının çarpıcı biçimde değiştiği ve akademik performansının iyileştiği açıkça görüldü. Bu noktada, seansların sıklığı her hafta azaltıldı ve aile 3 ay daha takip edildi. Terapist, Ken'in ebeveynlerine süreç boyunca izledikleri genel ilkeleri öğretmeye odaklandı; böylece sorunlar ortaya çıktığında, öğrendikleri yöntemler üzerinde değişiklikler yaparak, problemleri kendi kendilerine halledebileceklerdi.

Hem Ken'in ebeveynleri hem de öğretmeni Ken için müdahale hedeflerinde yer almayan değişiklikler de olduğunu belirtti. Onu daha yumuşak, memnun ve hayal kırıklığıyla daha iyi baş edebilen bir çocuk olarak tanımladılar. Ayrıca bazı arkadaşlıklar kurmaya ve oyun oynamak için diğer çocukların evlerine davet edilmeye başladı. Ken hâlâ baş etmesi bir şekilde zor olsa da, ebeveynleri artık bu konuda kullanabilecekleri bazı beceriler edindiklerini düşünüyorlardı. Ken'in annesi, artık ona karşı çok daha olumlu hissettiğini ifade etti. Ayrıca çift olarak tartışmalarının sıklığının azaldığını belirttiler. Geriye iki aşama kaldı. Birincisi, günlük ödüller kaldırıldı. Onun yerine, ebeveynleri gün içindeki Ken'i olumlu davranışları için ödüllendirecekti. Ödüller yine olacaktı ama gün içinde kazanılan puanlara bağlı olmaksızın daha az resmî şekilde verilecekti.

Son olarak, hafta sonu ödülü resmî olarak kaldırıldı. "İyi bir hafta" yine özel bir ödül veya aktivite kazandırıyordu fakat bu, belli bir kritere bağlı değildi. Ken'in davranışları aynı şekilde devam etti ve tedavi sonlandırıldı.

Tartışma

DSM-5'e (APA, 2013) göre, Ken ilk olarak çocuklukta ortaya çıkan; görevleri tamamlamada zorluk, dinlememe, kolayca dikkatin dağılması, konsantrasyon problemleri ve dikkati sürdürmede problemleri içeren dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kriterlerini karşılıyordu. Bu tanım, Ken'in durumuna uyuyordu. Aşırı aktiflik ve huzursuzluk, okulda yerinde oturamamasını, oturduğunda yerinde kıpırdanmasını ve "her zaman hareket hâlinde" olarak tanımlanmasını yansıtıyordu. Hiperaktivite, özellikle aktivite düzeyini kontrol etmesi gereken okul ve yemek vakti gibi durumlarda belirgindi.

DSM-5 (APA, 2013), DEHB'nin üç özelliğini listelemektedir: (a) birincil dikkatsiz tür, (b) baskın olarak hiperaktif/dürtüsel tür ve (c) hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkatsizliği içeren kombine tür. Genel olarak, kombine tür en yaygındır fakat, kızlar arasında en çok dikkatsiz tür görülür (Biederman ve ark., 2002). Ken'in örüntüsü kombine gibi görünüyordu çünkü hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite belirtileri gösteriyordu.

Temel problemlerine ek olarak, DEHB tanısı olan çocuklar birçok başka zorluk da yaşamaktadır. Genellikle, hafif nörolojik bozulmanın işaretçisi olarak bilişsel işlemleme hızlarında eksiklikler, el yazısında ve görsel-motor koordinasyonda zorluk yaşarlar (Mayes ve Calhoun, 2007). DEHB tanılı çocuklar, arkadaşlarının arasında ve arkadaş edinirken güçlükler yaşarlar (Hinshaw ve Melnick, 1995). Düşerek yaralanma, araba çarpması veya mide zehirlenmesi yaşama olasılıkları daha fazladır çünkü belirtileri, daha fazla risk almalarına veya güvenlik önlemlerini görmezden gelmelerine sebep olmaktadır (Daley, 2006). Yaklaşık yarısı uyku problemleri, özellikle uykuya dalma ve devam edebilme, uyku zamanına direnme ve sabah uyanma konusunda sıkıntı yaşamaktadır (Weiss ve Salpekar, 2010).

Neredeyse yüzde 50'si, davranım bozukluğu kriterlerine de uymaktadır örneğin, başkalarına karşı agresif davranma, yalan söyleme, çalma ve mülke zarar verme gibi

başkalarının hakları ve sosyal normları ihlal edecek şekillerde davranışlar sergilemektedir (Flory ve Lynam, 2003). DEHB olan çocukların birçoğunda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve öğrenme güçlükleri ile birlikte görülmektedir. Davranım bozuklukları ve DEHB'yi ayırt etmek, bu bozuklukların belirtileri benzeştiği için zor olabilir. Fakat, davranım bozukluklarında antisosyal davranışların dikkat eksikliği ya da dürtüsellikten kaynaklanmadığı düşünülür. Bu yüzden, Ken bazı davranım bozukluğu özellikleri gösterse de, antisosyal davranışları dürtüsellikle ilişkili olarak görüldüğü için DEHB tanısı konulmuştur. Hem DEHB hem de davranım bozukluğu olan kişiler yetişkinlikte madde kullanımı açısından yüksek risk taşımaktadır.

İlk belirtiler erken çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır ve hiperaktif ya da kombine tür özellikleri taşıyan çocuklar 7 yaşlarında ciddi problemler yaşamaktadır (Voeller, 2004). Tanı kriterleri dikkatlice değerlendirilirse, DEHB için okul öncesi çocuklarda tanı konulabilir fakat, bu kriterleri karşılayan birçok okul öncesi çocuk belirlenememekte ve tedavi uygulanamamaktadır (Egger, Kondo ve Angold, 2006). DEHB çocukların yüzde 5'inde ve belirtiler genel olarak yaşla birlikte iyileştikleri için (Willoughby, 2003) yetişkin olduklarında DEHB'nin yarı yarıya azaldığı (APA, 2013) görülmektedir; DEHB tanısı olan kişiler, genelde problemleri açıkça gözlenebildiği için ortaokul dönemlerinde tanı alırlar. Üçe iki oranında, erkekler de kızlar kadar tanı kriterlerini karşılamaktadır (Willoughby, 2003). Çocukluk DEHB'si düşük eğitim, iş ve psikososyal sonuçlar için bir risk faktörü oluşturur. DEHB tanısı olan kişilerin tutuklanma, işsiz kalma veya düşük statülü işlerde çalışma, risk alma, kaza geçirme ve ilişkilerinde zorluk yaşama olasılıkları daha fazladır (Steinhausen, 2009).

Etiyolojik Değerlendirmeler

DEHB'de genetik faktörlerin güçlü bir rolü vardır. Genetik aktarım yüzde 60 ile 90 arasındadır (Kent, 2004). Ebeveynlerde DEHB olduğunda, çocuklarında DEHB tanısı alma olasılığı yüzde 50'dir (Biederman ve ark., 1995). Goodman ve Stevenson (1989) klinik olarak tanı konulmuş hiperaktivite için monozigotik (MZ) ikizlerin yüzde 51'inde ve dizigotik (DZ) ikizlerin yüzde 33'ünde uyumluluk bulmuşlardır. Evlat edinme çalışmaları, DEHB'ye genetik yatkınlığın önemini destekleyecek çalışmalar yapmışlardır (van den Oord, Boomsma ve Verhulst, 1994). Genetik faktörlerin temel etkisi oldukça açık olmasına rağmen, yüzlerce çalışma bu genlerin yer aldığı yeri tam olarak belirleyememiştir; bu yüzden, DEHB büyük ihtimalle birçok gen, bu genlerin etkileşimi ve gen-çevre etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke ve Coghill, 2010). Ken'in babasının ifadeleri çocukken onun da DEHB tanısı olabileceğini göstermektedir; yani genetik aktarım bu vaka için de görülmektedir.

DEHB tanısı olan çocuklarda ne aktarılır? Beyin yapıları üzerine yapılan araştırmalar DEHB'nin dürtüselliği yansıttığı düşüncesi üzerinden yürütülmüştür; bu çocuklar, çevre bunu gerektirdiğinde aktivitelerini engelleyememektedir ve dikkatlerini dikkat dağıtıcı uyarandan alamamaktadır (Quay, 1997). Bulgular, kişilerin davranışsal tepkilerini engellemede önemli bir rolü olduğu bilinen, beyindeki frontal bölgede bazı bo-

zulmalar olabileceğini göstermiştir. Örneğin, Castellanos ve arkadaşları (1996) DEHB tanılı çocukların manyetik rezonans görüntülemelerini (MRI) incelemiş ve kontrol grubuna göre daha küçük frontal bölgeleri olduğunu bulmuşlardır. Frontal bölgenin nöropsikolojik testlerdeki düşük performansı (davranışsal tepkileri engelleme gibi), beynin bu kısmındaki bir yetersizliğin bozukluğun belirtileriyle ilişkili olabileceğini savunan kuramı desteklemektedir (Nigg, 2001). Bir kısım araştırmacı da DEHB'li çocukların beklemeye karşı bir hoşnutsuzluğunun olduğunu ve bunun dürtüsel davranışlarını açıkladığını tartışmaktadır (Taylor, 2009). Dahası, genellikle DEHB'li çocuklar arasında görülen düşük akademik başarının zekâdan bağımsız olarak, DEHB'nin çocukların öğrenme zorluğuyla yaşadıkları hayal kırıklığından kaynaklandığını ya da aşırı aktifliğin çocuğun sınıfta öğrenmesini zorlaştırdığını öne süren açıklamalardan daha çok, büyük ölçüde genetik faktörlere bağlı olduğu (Saudino ve Plomin, 2007) düşünülmektedir. Genetik olarak aktarılmış DEHB'si olan çocuklarda, büyük ölçüde, düşük akademik performansın da bu şekilde aktarıldığı düşünülmektedir.

DEHB ile ilgili olabilecek diğer biyolojik risk faktörleri düşük doğum kilosu ve doğum sırasındaki komplikasyonları içermektedir (Ben Amor ve ark., 2005). Hamilelik boyunca annenin sigara kullanımı da önemlidir. Millberger, Biederman, Faraone, Chen ve Jones (1996) annesi hamileyken günde bir paket veya daha fazla sigara içen çocukların yüzde 22'sinin DEHB tanısı alırken, bu oranın kontrol grubunda sadece yüzde 8 olduğunu bulmuşlardır. Hayvan araştırmaları, gebelik sırasında alınan nikotinin beyin gelişimini engellediğini göstermiştir. Çok düşük düzeyde de olsa Birleşik Devletler'de yaygın olan kurşun maddesine maruz kalmanın da daha fazla DEHB belirtisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Nigg, Nikolas, Knottnerus, Cavanagh ve Friderici, 2010). Travma, felç ya da beyin iltihabına bağlı beyin hasarları da bazen DEHB belirtilerine yol açabilir (Voeller, 2004). Hamilelik sırasında alkol kullanımı ya da ailede yaşanan sıkıntılar gibi çevresel etmenler, genetik yatkınlıklarla etkileşime girerek DEHB'nin ortaya çıkmasına sebep olurlar (Steinhausen, 2009).

Diğer çevresel etmenler de araştırılmıştır. Ana akım tıp dergilerinden birinde yayınlanan kontrollü bir araştırma, yapay gıda boyaları ve yiyeceklerde koruyucu olarak kullanılan sodyum benzoatının 3 yaşındaki ve 8 ve 9 yaşındaki çocuklar arasında aşırı aktif davranışları arttırdığı bulunmuştur (McCann ve ark., 2007). Bu çalışma, önceki benzer bulguları tekrar etmiştir. DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların bu kimyasallara aynı şekilde tepki verdiklerini öne sürmüşlerdir.

1 ve 3 yaşlarında fazla televizyon izlemek, ilerideki dikkat problemleri ile ilişkilendirilmiştir (Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe ve McCarty, 2004). Televizyondaki hareketli olaylar ve hızlı değişen resimler, dikkat süresini kısaltarak, beynin gelişmesini etkileyebilir. Televizyona maruz kalma ve dikkat problemleri arasındaki bu ilişki, eğlence içerikli televizyon programları için bulunmuştur; fakat bu sonuç, *Susam Sokağı, Blues Clues* ya da *Kaşif Dora* gibi eğitim içerikli programlar, muhtemelen daha yavaş programlar olduğundan bunlar için bulunmamıştır. Dikkat problemleriyle ilişki özelikle şiddet içeren *Power Rangers* gibi programlar için oldukça güçlü, şiddet içeriği olmayan *Rugrats* gibi programlar için ise orta düzeydedir (Zimmerman ve Christakis, 2007). Televizyon izlemek ve dikkat problemi arasındaki ilişkinin ne-

densel olup olmadığını anlamak için Landhuis, Poulton, Welch ve Hancox (2007) bir grup çocuğu 5 yaşlarından 15 yaşlarında ergenlik dönemlerine kadar takip ettikleri boylamsal bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada çocukken günde 2 saat, özellikle 3 saatin üzerinde televizyona maruz kalmanın ergenlikteki dikkat problemlerini yordadığı bulunmuştur. Bu ilişki çocuk dikkat problemleri, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, çocuğun bilişsel kapasitesi ve ergenlikte televizyona maruz kalma kontrol edildiğinde de aynı kalmıştır. Bu çalışma, henüz kontrol edilmeyen başka bir değişkenin bu ilişkiye sebep olma olasılığına rağmen, televizyona maruz kalmanın dikkat problemlerine neden olduğu argümanını güçlendirmektedir.

Karışık veya yoksul ailelerde büyütülmek, dikkati düzenleme ve dürtüleri kontrol etmede zorluklara yol açabilir (Voeller, 2004). Ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği de önemli olabilir; duygusal sıcaklığın davranış problemleri için risk altındaki düşük doğum kilosu olan çocuklardan oluşan bir örneklem için, öğretmenlerin DEHB belirtilerini puanlamalarını yordadığı bulunmuştur (Tully, Arseneault, Caspi, Moffitt ve Morgan, 2004). Fakat ebeveyn-çocuk ilişkisi iki yönlüdür; her birinin davranışları etki ve diğerinin tepkisi ile belirlenir. DEHB'li çocukların ebeveynleri daha fazla emir verirken ve daha negatif etkileşimleri varken, DEHB'li çocukların ise daha az uyumlu ve aileleriyle ilişkilerinde daha negatif oldukları bulunmuştur (Barkley, Karlsson ve Pollard, 1985). Ken vakasında, annesinin ona karşı olumsuz tutumunun, onun yıkıcı davranışlarına bir tepki olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, Ken'in olumsuz tavrı ve ebeveynlerin tutarsız disiplin uygulamaları birleşince, rahatsızlığı daha da artmış olabilir.

Tedavi

DEHB tanısı olan çocuklar için en yaygın tedavi, metilfenidat (Ritalin) ve amfetamin (Adderall) gibi uyarıcı ilaçlardır. Birçok plasebo-kontrollü çalışma, bu iki ilacın kullanıldıkları süre içinde DEHB belirtilerini azaltmasında etkili olduğunu göstermiştir (Greydanus, Nazeer ve Patel, 2009). İlaçlar, agresyonu ve aşırı aktifliği azaltır ve konsantrasyonu, sınıf içi davranışları ve sosyal etkileşimleri iyileştirir. Yapılan kapsamlı bir çalışma Ritalin'in, topla oyun oynayan DEHB'li çocukların dışarıda hazır pozisyonda bulunmalarına ve oyunun durumunu takip etmelerine faydalı olduğunu göstermiştir. Bunun aksine, placebo verilen çocuklar oyun devam ederken eldivenlerini sahaya atarlar veya tekmelerler (Pelham ve ark, 1990). Uyarıcı tedavinin, başta uykusuzluk ve iştah kaybı olmak üzere kısa süreli yan etkileri genellikle çabucak yok olur.

İlaçların faydaları yalnızca alınmaya devam ettikleri sürece görülür; bu sebeple uzun dönemli tedaviye dikkat çekilmektedir. Ancak ilaçlar, yan etkilere neden olur ve iyileşme sağlamalarına rağmen tamamen normal işlevsellik sağlamaz; bu nedenle bunları kullanma kararı dikkatle düşünülmelidir. Örneğin, Whalen ve arkadaşları (1989) tedavi sırasında anlamlı düzeyde daha iyi akran değerlendirmeleri olduğunu bulmuşlardır; ancak DEHB'li erkek çocukların yine de ortalamadan daha az sevildikleri görülmüştür. İlaçların akademik performans üzerindeki etkisi de, bazı çalışmaların pozitif değişiklikler göstermemesi ve diğerlerinin göstermesi sebebiyle tartışmalı

bir konudur (Henker ve Whalen, 1989). Son olarak, uyarıcı ilaçların aşırı kullanılması ve DEHB'si bulunmayan çocuklara verilmesi konusunda bazı endişeler bulunmaktadır. Uyarıcı ilaçlar için reçeteler, son on yılda kesinlikle artmıştır (Zito ve ark., 2000). Ayrıca, Virginia'da yapılan bir araştırmada, beşinci sınıf erkeklerin yüzde 18 ile 20'si uyarıcı madde kullanıyor ve bu rakam, DEHB yaygınlığı göz önüne alındığında beklenen sayıdan çok daha yüksektir (LeFever, Dawson ve Morrow, 1999). Bu yaş grubu ile ilgili çok az veri bulunmasına rağmen, uyarıcı ilaç kullanan okul öncesi çocuk sayısı artmaktadır (Kratochvil, Greenhill, March, Burke ve Vaughan, 2004). Bazı profesyoneller, çocuklukta uyarıcı ilaçların kullanılmasının yetişkinlikte madde kötüye kullanımı riskini artıracağından endişe duymaktadır; ancak araştırmalar, muhtemelen DEHB belirtilerini azaltarak aslında riski azalttığını bulmuşlardır (Wilens, Faraone, Biederman ve Gunawardene, 2003).

DEHB için çeşitli psikolojik terapi yaklaşımları kullanılmıştır; ancak en derinlikli olarak kullanılan, Ken'in vakasında da uygulandığı gibi bir edimsel öğrenme ya da olasılık yönetimi (edimsel) yaklaşımdır. Sınıfta yerine oturma, akranları, öğretmenleri ve aileleri ile pozitif etkileşim içinde olma davranışlarını artırmak için pozitif ödüllendirme yöntemi kullanılmaktadır. Negatif sonuçları, sınıfta rahatsız edici davranışlar sergileme gibi istenmeyen davranışlar takip eder.

DEHB için farklı tedavilerin karşılaştırmalı etkililiği, büyük ölçekli dikkatle yürütülmüş bir çalışmada değerlendirilmiştir (MTA Kooperatif Grubu, 1999). DEHB tanısı olan çocuklar rastgele dört grubun birine atandı: (a) uyarıcı ilaçlar, (b) davranışsal tedavi, (c) ilaç ve davranışsal tedavi ve (d) standart toplum bakımı. Semptomları azaltma ve pozitif işlevselliği arttırma açısından, kombine tedavi en iyi yöntem olarak bulundu; ancak tek başına ilaç tedavisinden sadece biraz daha etkiliydi. Kombine tedavi grubundaki çocuklar, ilaçların yan etkileri göz önüne alındığında, bir avantaj olarak, daha az ilaca ihtiyaç duyuyordu. Sert ve etkisiz disiplinler gibi bazı kesin sonuçlara göre, kombine ilaç ve davranışsal tedavinin tek başına ilaç tedavisinden daha etkili olduğu bulunmuştur (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs ve Pelham, 2004). Ebeveynler ilaç kullanmaya isteksiz olduğunda ve daha hafif DEHB formları için okul öncesi yaştaki çocuklarda, ilk tedavi yaklaşımı olarak tek başına davranışsal tedavi önerilmektedir (Root ve Resnick, 2003). Terapistin okul öncesi çocuklarda, ebeveynlere çocuğun davranışını yönlendirmek için etkili stratejiler öğrettiği ebeveyn eğitimi, farmakolojik olmayan en iyi tedavidir (Young ve Amarasinghe, 2010).

Tartışma Soruları

1. Ken'in rahatsızlığı hangi şekillerde ailede stresle bağlantılıydı? Bu bir sebep miydi, yoksa sonuç muydu?
2. Araştırmalar erken çocukluk dönemlerinde fazla televizyon izlemenin daha sonraki dikkat problemleriyle ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu ne kadar yaygındır? Son yıllarda artmış mıdır, yoksa azalmış mıdır? Bu bulgular üzerinden, erken çocukluk dönemlerindeki çocukların ebeveynlerine hangi tavsiyelerde bulunursunuz?

3. Ken'in terapisi ilaçlı tedavi içermiyordu. Eğer onun terapisti olsaydınız, ilaç tedavisi önerir miydiniz? Sizce onun terapisti neden önermedi?
4. DEHB beş erkekten birinden daha azında görülmesine rağmen beşinci sınıf öğrencisi erkeklerin yüzde 20'ye yakını uyarıcı nitelikte ilaçlar kullanmaktadır. Buna yol açan faktörler sizce nelerdir? Sonuçlar nelerdir?

BÖLÜM 3*

Paranoid Sanrılı Şizofreni

Bill McClary ruh sağlığı merkezinden ilk randevusunu isteksiz bir şekilde aldı. 25 yaşında, bekâr ve işsizdi. 18 aydır birlikte yaşadığı kız kardeşi, Colleen profesyonel yardım alması konusunda ısrarla destek oldu. Bazı tuhaf davranışları ve sosyal içe çekilmesinden dolayı endişe duyuyordu. Zamanının çoğunu dalıp giderek, kendi kendine konuşarak ve nadiren anlamlı şeyler söyleyerek geçiriyordu. Bill de zamanını daha düzenli şekilde geçirmesi gerektiğini ve daha fazla sorumluluk sahibi olması gerektiğinin farkındaydı, fakat psikolojik tedaviye ihtiyacı olmadığı konusunda ısrar etmişti. Billi'in üç küçük yeğeni üzerindeki etkilerinden endişelenen eniştesinin endişesini gidermek ve kız kardeşini memnun etmek için Bill doktordan alınan randevuya gitmeyi kabul etti.

İlk görüşme boyunca Bill sessiz ve duraksayarak konuştu. Terapist, Bill'in ara sıra gözlerini kırptığını ve düşüncelerini temizlemeye çalışıyormuş ya da tekrar konsantre olmak istiyormuş gibi kafasını salladığını fark etti. Terapist tikleri hakkında yorum yaptığında, Bill kibarca özür diledi ancak bunun önemli olabileceğini görmezden geldi. Sıcak kanlı fakat utangaçtı ve hasta olduğu tartışmasız şekilde açıktı. Konuşmaları, Bill'in günlük aktiviteleri ve Colleen'in, ailesinin rutinine uyum sağlamaya çalıştığı başarısız çabaları üzerine odaklandı. Bill, terapiste gün içindeki dalıp gitmeleri olmazsa tüm problemlerinin çözüleceği konusunda garanti verdi. Ayrıca, daha düzenli olma konusundaki isteğini ifade etti.

Bill, ilk terapi görüşmeleri boyunca temkinli olmaya devam etti. Birkaç hafta sonra, sosyal iletişimleri hakkında konuşmaya başladı ve cinsel yönelimi ile ilgili endişesinden bahsetti. Fazla yakın arkadaşı olmamasına rağmen, Bill'in bazı sınırlı ve geçici cinsel deneyimleri olmuştu. Bunlar hem heteroseksüel hem homoseksüel ilişkilerdi. Diğer erkeklerle birlikteliklerinin olası anlamı ve sonuçları konusunda kaygılıydı. Bu konu terapinin sonraki birkaç haftasını meşgul etti.

Bill'in "hayal kurması" ayrıca detaylı bir biçimde ele alındı. Bu, onun için büyük ölçüde bir çaba gerektirdi ve günlük aktivitelerini önemli ölçüde etkiledi. Bu tanımlaması, güç bir deneyimdi. Gün boyunca süren düzensiz fakat sık aralıklarla Bill'in araya giren ve tekrarlayan düşüncelerle dikkati dağılmaktaydı. Düşünceler

*Çeviren: Klinik Psikolog Selin Temizel

basit ve çoğunlukla kendi değer sistemine yabancıydı. Örneğin, kendisini birdenbire "Lanet olsun." diye düşünürken buluyordu. Düşüncelerinin kabul edilemezliğini fark ettiğinde, Bill kendisini ilk rahatsız edici düşünceyi düzeltmek için oluşturduğu bir dizi ifadeyi tekrar etmesi gerektiğini düşünürken buluyordu. Bu düşüncelere ve düzeltici büyülü sözlere "şüphe" adını vermişti. Bu cümleler, Bill'in sıklıkla kendi kendine konuşmasıyla ilgili gözlemi açıklıyordu. Ayrıca, olağan dışı göz kırpması ve kafa sallamasının bu rahatsız edici düşüncelerle ilişkili olduğunu da kabul etmişti.

Bill kliniğe düzenli olarak gelmeye başladıktan altı ay sonra, terapisti Bill'in kız kardeşinin eşi Roger'dan bir telefon aldı. Roger, Bill'in olağan dışı düşünceleri hakkında detaylı olarak konuştuklarını söylemiş ve bu konuda nasıl tepki vermesi gerektiğini bilmek istemişti. Aslında, terapist buna benzer düşüncelerden habersizdi. Bill'in mahremiyetine saygı göstermeden Roger'a sormak yerine, terapist bu düşünceleri gelecek terapi seansında Bill'e sormaya karar verdi. Terapistin, sonunda Bill'in yoğun sanrılı inanç sistemini fark etmesi ancak bu şekilde olmuştu.

Bill bu garip düşünceleriyle ilgili konuşma konusunda ilk başta isteksizdi. Bununla beraber, bu inançları ve bunların gelişimleriyle ilgili aşağıdaki açıklamayı yapmıştı. Kız kardeşinin evine taşındıktan kısa bir süre sonra, Bill tuhaf bir şeylerin olduğunu fark etmişti. İnsanların ona özel bir ilgi gösterdiklerini fark etmiş ve sıklıkla insanların onun arkasından konuştuklarını düşünmüştü. Bu kafa karıştırıcı durumlar, Bill'in daha fazla kaygılı ve şüpheci olmasına sebep olarak birkaç hafta devam etmişti. Bulmacanın parçaları, bir gece geç bir saatte Bill televizyon karşısındayken yerine oturdu. Bir anda gelen bir farkındalıkla, Bill bir grup komplocunun onun homoseksüel deneyimleriyle ilgili, gizlice bir belgesel hazırladığına ve bunu dağıttığına inanmaya başlamıştı. Birçok lise arkadaşı ve birkaç uzaktan akrabası, büyük olasılıkla gizli kamera ve mikrofonlar kullanarak, onun diğer erkeklerle olan her cinsel münasebetini kaydetmişti. Bill, filmin gişede 120 milyon doları geçtiğine ve bu paranın İrlanda Cumhuriyet Ordusu'na silah ve cephane almak üzere gönderildiğine inanıyordu. Bu sebeple, son dönemde İrlanda'daki bombalama olayları sonucunda ölen düzinelerce insanın ölümünden kendini sorumlu tutuyordu. Bu düşünce akıl almaz oluşuyla terapisti ve Bill'in kız kardeşinin eşini şaşırtmıştı fakat, Bill'in bu konudaki ikna çabaları gerçekti. Bombalamalarla ilgili suçluluğunu anlatırken, hissettikleri açıkça görülebiliyordu. Bill, kendisine komplo kuranların filmi öğrendiği zaman onu öldürecekleri konusunda anlaştıklarına inanmıştı. Hayalindeki tehdit, Bill'in düşüncelerini bu zamana kadar biriyle paylaşmasını engellemişti. Hayatıyla ilgili korktuğu belliydi.

Bill'in korkuları geçen birkaç haftada duyduğu seslerle birlikte daha da artmıştı. Genelde, cinsel davranışları ile ilgili konuşan ve onu cezalandırmak için ne yapılması gerektiğini tartışan erkek sesleri duyuyordu. Bunlar Bill'in tanıdığı kişilerin sesleri değildi fakat, her zaman erkek sesleriydi ve daima Bill ile ilgili konuşuyorlardı. Örneğin, bir gece Bill, Colleen'in evindeki odasında yalnız başına

otururken, yan odadaki bir konuşmaya kulak misafiri olduğunu düşündü. Bir sesin sürekli, "O kahrolası bir homoseksüel ve onu öldürmeliyiz!" cümlesini tekrar ettiği hararetli bir konuşmaydı. Diğer iki ses de ne yaptığıyla ilgili sorular soruyordu ve böyle bir şiddet kullanımına karşı tartışıyorlardı. Bill de, tabii ki bu duyduklarından dolayı korkmuş ve tartışma devam ederken hareketsiz şekilde odasında oturmuştu. Roger iyi olup olmadığını sormak için kapısını çaldığında, Bill onu götürmek için geldiklerinden emindi. Kapıyı çalanın Roger olduğunu fark edince ve o, bu konuşmanın bir parçası olmadığı için Bill yan odada kimin olduğunu sordu. Roger, yan odada çocukların ikisinin de uyuduğunu söyledi. Bill kontrol etmek için gittiğinde, çocukları yataklarında uyurken buldu. Bu sesleri sıklıkla, fakat tahmin edilemeyen aralıklarda her gün duyuyordu. Seslerin ilk olarak, Bill'in sanrılarının gelişiminden önce ortaya çıkıp çıkmadıkları kesin değildi.

Sanrılı yapının detayları oldukça ayrıntılıydı ve karmaşık bir hayali olaylar ve gerçeklik ağı ile temsil ediliyordu. Örneğin, gizli filmin adı *(Honor Thy Father) Babanı Onurlandır* idi ve Bill, filmdeki isminin Gay Talese olduğunu söylemişti (*Honor Thy Father). Babanı Onurlandır* gerçekte, Gay Talese tarafından yazılmış ünlü bir romandı ve Bill'in sanrıları ortaya çıkmadan seneler önce yayımlanmıştı. Roman organize suçlar ile ilgiliydi fakat, Bill bu "aynı isimli diğer kitap" hakkındaki herhangi bir bilgiyi kabul etmiyordu. Bill'in inanç sistemine göre, filmin adı üstü kapalı bir şekilde Bill'in kendi babasına karşı saygısız olmasını ifade ediyordu ve kendisinin filmdeki ismi de "homoseksüelliğine sataşma" (gay tease) olarak itibarını ima ediyordu. Ayrıca geçen yıl *Time* dergisi kapağında, Gay Talese ismiyle kendi fotoğrafının yayımlandığını düşünüyordu.

Bu sanrıyı desteklemek için, ilginç bir olaylar dizisi sıralanmıştı. Örneğin, Bill 2 yıl önce Brooklyn'de metroda tesadüfen kuzeniyle karşılaşmasına dikkati çekiyordu. Bill, eğer onun özel hayatı hakkında gizli bir film hazırlamamış olsaydı, kuzenin onunla aynı trende olmasının mümkün olmayacağını düşünüyordu. Bill'in zihninde, kuzeni kesinlikle komplocular tarafından dikkatlice ayarlanmış sürekli bir gözetlemenin parçasıydı. Bill'in geniş bir aileden geldiği ve böyle tesadüflerin olabileceği gerçeği, onun bu düşüncesini etkilemedi. Bill, ayrıca filmin var olduğuna kanıt olarak, annesinin kaldığı apartmandaki asansör görevlisiyle yaşadığı olayı işaret ediyordu. Bir sabah asansöre bindiğini ve asansör görevlisinin, ona karmaşık ve uzun bir bakış attığını hatırlıyordu. Adam, ona bir yerden tanışıp tanışmadıklarını sormuştu. Bill tanışmadıklarını söylemişti. Bill'in bu olağan durum için açıklaması, adamın yakın zamanda filmi izlediği için Bill'i tanıdığı şeklinde olmuştu; başka hiçbir açıklama ona mantıklı gelmemişti. Bir kez daha, bu tesadüf kesinlikle imkânsızdı. Sanrı sistemi o kadar genişlemiş ve karmaşık bir örüntü oluşturmuştu ki, artık mantıklı bir çürütmeye açık değildi. Tamamen komployu düşünmekle meşguldü ve aynı zamanda bunu biriyle konuşmaktan çok koruyordu. Bu yüzden, komplo konusunda saplantılı bir şekilde kendi kendine korku içinde yaşadı ve komplocuların, utanç verici cinsel davranışlarıyla ilgili bilgiyi yaymalarını engelleme konusunda çaresiz hissediyordu.

Sosyal Geçmiş

Bill dört çocuğun en küçük olanıydı. Babasının itfaiyeci olarak çalıştığı New York şehrinde büyüdü. Ebeveynlerinin ikisi de, birinci kuşak İrlandalı Amerikalılardı. Akrabalarının çoğu hâlâ İrlanda'da yaşıyordu. Ebeveynleri de geniş ailelerden geliyordu. Bill'in çocukluk anıları, ailesinin İrlanda kökenleriyle ilgili hikâyelerle doluydu.

Bill, her zaman sert ve uzak olarak hatırladığı babasına göre, annesine daha yakındı. Annesi ve babası çok sık kavga ediyorlardı; Bill genellikle, onlar kavga ettiklerinde kendisini arada kalmış olarak bulurdu. İkisinin de ilişkilerini düzeltmek adına ciddi bir çabası yoktu. Bill daha sonradan, babasının başka bir kadın ile uzun zamandır bir ilişkisi olduğunu öğrendi. Annesi tavsiye ve destek için, aynı civarda yaşayan kendi annesine bağımlı durumdaydı ve genelde şiddetli tartışmalardan sonra Bill'i de ailesinin evinde kalmak için yanında götürüyordu. Bill babasından nefret ederek büyüdü, fakat suçlulukla birlikte bu nefretinin etkisi azaldı. Çocukların ebeveynlerine saygı göstermesi gerektiğini ve özellikle bir erkek çocuk olarak babasını örnek alması ve saygı göstermesi gerektiğini öğrendi. Mr. McClary, Bill 12 yaşındayken ağır bir hastalığa yakalandı ve Bill, babasının ölmesini dilediği zamanları hatırladı. Dileği gerçek olmuştu. Yıllar sonra, Bill bu olaylar silsilesini büyük ölçüde bir kararsızlık ve pişmanlıkla hatırlıyordu.

Bill, çocukken hiç yakın arkadaşı olduğunu hatırlamıyordu. Sosyal iletişiminin çoğunluğu kuzenleri ve yeğenleri ileydi. Onların arkadaşlığından ya da diğer çocukların oynadıkları oyunlardan eğlenmiyordu. Kendisini beceriksiz, yalnız olmayı veya diğer çocuklar yerine annesiyle birlikte olmayı tercih eden efemine bir çocuk olarak hatırlıyordu.

İyi bir öğrenciydi ve lisede sınıfını, birinciliğe yakın şekilde bitirdi. Annesi ve ailenin diğer üyeleri koleje gideceğinden emindi, fakat Bill bir çalışma alanı üzerine karar veremedi. Bir uzmanlık alanı seçmeye çalışmak, Bill'e zor bir görev olarak gelmişti. Hayatının geri kalanı boyunca aynı şeyi yapmak isteyeceğinden nasıl emin olabilirdi? Bu konuyu düşünmek için, daha fazla zamana ihtiyacı olduğuna karar verdi ve liseden mezun olduktan sonra banka memuru olarak bir işe girdi.

Bill küçük bir daireye taşındı ve bankada, yeterli düzeyde performans sergiliyor gibi görünüyordu. Patronları, biraz tuhaf bulsalar da güvenilir biri olduğunu düşünmüşlerdi. Sessiz ve nazik biri olarak tanımlanıyordu; çekingen tavrı, sosyal içine kapanıklık sınırındaydı. Diğer çalışanların hiçbiriyle bir ilişkisi yoktu ve hoşbeş etmenin ötesinde onlarla nadiren konuşuyordu. İşini kaybetme tehlikesi olmamasına rağmen, Bill'in terfi etme olasılığı da çok düşüktü. Bunun farkında olmak Bill'i telaşlandırmıyordu, çünkü bankacılık alanında ilerleme konusunda hevesli değildi. Bu, onun için ciddi bir kariyer kararı vermeyi durdurmanın tek yoluydu. Bankadaki 2 yıldan sonra, Bill istifa etti. Bu işin, kendisine geleceği ile ilgili düşünmesi için yeterli zamanı sağlamadığına karar verdi.

Kısa süre sonra asansör görevlisi olarak bir iş buldu. Bu, kendisine düşünmek için zaman sağlayacak bir işti. Birkaç ay geçtikten sonra, gittikçe daha ilgisiz ve dağınık bir hâle geldi. Sıklıkla işe geç kalıyordu ve duyduğu eleştirilere karşı

umursamaz görünüyordu. Apartman sakinleri de onu garip olarak tanımlıyorlardı. Görünüşü daima düzenli ve temizdi fakat çoğunlukla dalgın görünüyordu. Bazen kendi kendine mırıldanırken görülüyordu ve sıklıkla gideceği kat numaralarını unutuyordu. Bu problemler, 1 yıllık çalışmasının ardından işten kovulana kadar artarak devam etti.

Liseyi bitirdikten sonraki ilk yıl, bankada çalışırken Bill ilk cinsel deneyimini yaşadı. Genelde çalıştığı bankayla iş yapan kırklı yaşlarının ortalarında bir adam, Bill'i evine bir şeyler içmeye davet etti ve burada yakınlaştılar. Bu deneyim kısmen keyifliydi, fakat öncelikli olarak kaygı uyandırıcıydı. Bill, bu adamı bir daha görmemeye karar verdi. Sonraki 2 yıl boyunca Bill birkaç kadının yanı sıra, az sayıda başka erkeklerle de cinsel ilişkiler yaşadı. Her ilişkide ilk adımı atan, Bill'in partneri oluyordu. Sadece bir ilişkisi birkaç günden daha uzun sürdü. Kendi yaşlarında, boşanmış ve 3 yaşında bir kızı olan Patty isminde bir kadın ile arkadaş oldu. Bill Patty ve onun kızı ile birlikte olmaktan keyif alıyordu ve zaman zaman, akşamları onların evinde televizyon izleyerek ve şarap içerek geçiriyordu. Ara sıra cinsel yakınlaşmalarına rağmen, bu ilişki de diğer ilişkileri gibi bir adım ileri gidip ilerleyemedi.

Asansör görevlisi olduğu işinden kovulduktan sonra, Bill annesinin dairesine geri döndü. Daha sonra, birbirlerini endişelendirdiklerini hatırladı. Apartmandan pek çıkmadan, genelde televizyon karşısında hayallere dalarak oturuyordu. Annesi işten döndüğünde, temizlik ve yemek yapıyordu ve çeşitli iş eğitimi programlarına katılması konusunda oğlunu ikna etmeye çalışıyordu. Sosyal olarak geri çekilmesi, annesinin endişelenmesinin en temel sebebiydi. Oğlunun biseksüel ilgilerinin farkında değildi ve işte veya arkadaşları aracılığıyla tanıştığı kızları araması için onu destekliyordu. En sonunda, aralarındaki gerginlik ikisi için de çok büyüdü ve Bill, kız kardeşi Colleen, kocası ve onların üç küçük çocuklarının yanına taşınmaya karar verdi.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Bill'in uyum problemleri açıkça çok fazlaydı. Sosyal ve iş rolleri geliştirmede ciddi zorluklar yaşadı. Tanısal bakış açısından Bill'in ilk belirtileri şizotipal kişilik bozukluğunu işaret ediyordu. Başka bir deyişle, sanrılı inançları ve halüsinasyonları ortaya çıkmadan önce açık psikotik belirtilerin yokluğunda bir dizi tuhaf davranış sergiliyordu. Bunlar, Meehl (1964) tarafından altı çizilen klasik özelliklerin çoğunu içeriyordu: anhedoni (keyif alamama), kişiler arası ilişkilerden vazgeçme ve kararsızlık. Bill, çok nadiren eğleniyordu. Cinsel deneyimlerinde bile mesafeli, entelektüel biri şeklinde tanımlanıyordu. Örneğin, performansının iyi olduğunu ya da partnerinin tatmin olduğunu söyleyebiliyordu, fakat hiçbir zaman "Müthişti" ya da "Gerçekten heyecan vericiydi!" gibi şeyler söylemiyordu. Kesinlikle yalnız kalmayı tercih ediyordu. Colleen ve Roger parti verdiklerinde, Bill kaygılanıyordu ve hasta hissettiğini söyleyerek odasına çekiliyordu.

Bill'in diğer insanlara karşı kararsızlığı, terapisti ile olan ilişkisinde de açıktı. Hiçbir görüşmeyi kaçırmadı; doğrusu her zaman erkenden orada oluyordu ve görüşmeyi istekle bekliyor gibi görünüyordu. Bu bağımlılığa rağmen, terapiste güvenmiyor gibi duruyordu ve sorulara verdiği cevaplarda temkinliydi. Terapiste kendini açmak istiyor gibi görünüyordu, ama aynı zamanda bunun olası sonuçlarından korkuyordu. Bill'in bilişsel dağınıklık örüntüsünün yorumlanması güçtü. "Şüpheleri" bazı yönleriyle obsesif düşüncelere benziyordu, ancak Schneider'in (1959) öne sürdüğü birinci derece şizofreni belirtilerinden olan düşünce sokmaya da benziyordu. Problemlerinin birbiriyle ilişkisi de göz önünde bulundurulduğunda, Bill'in tedaviye ihtiyacı olduğu açıktı, fakat psikotik olup olmadığı hemen belli olmamıştı. Terapist, Bill'in problemlerini bilişsel-davranışçı bir yaklaşımla ele almaya karar verdi. Bilişsel bozulmayı kuşatan karmaşa ilaç kullanımıyla ilgili bir ertelemeyi getirdi.

Başlangıçtaki terapi seansları en zor olanlardı. Bill gergin, mesafeli ve biraz fazla şüpheciydi. Terapiye gitmek kendisinin değil, kız kardeşinin fikriydi. Terapist pasif, direktif olmayan bir tavır benimsedi ve Bill ile zor gelişecek güvenli bir ilişki kurma hedefi üzerine odaklandı. Böyle bir atmosferin yokluğunda daha belirli davranışsal değişiklikler üzerinde çalışmak imkânsız olacaktı.

İlk seansların çoğu, Bill'in homoseksüellik hakkındaki endişelerini tartışarak geçti. Terapist, Bill'in düşünce ve endişelerini dinledi ve cinsellikle ve özellikle homoseksüellikle ilgili çeşitli bilgiler paylaştı. Beklenileceği gibi, Bill homoseksüel davranışların kendi başına psikolojik rahatsızlığın bir göstergesi olabileceğinden endişeliydi. Ayrıca diğer erkeklerle cinsellik yaşama motivasyonunu merak ediyordu ve bunun, babasıyla daha yakın bir ilişki kurma isteğinin bir yansıması olduğuyla ilgili bazı üstü kapalı hipotezlerden bahsediyordu. Terapist, Bill'e partnerin cinsiyetinin cinsel ilişkinin kalitesinden daha az önemli olduğu konusunda güven verdi. Aslında, terapist en çok Bill'in cinsel aktiviteden keyif alamaması ve uzun süren ilişkiler kuramaması konusunda endişelenmişti. Terapist, gelecekte yaşayabileceği homoseksüel deneyimlerin olasılığını ortadan kaldırmak veya genel cinsel normlara dayanarak keyfi bir kararı dayatmak yerine, Bill'e (a) konuyla ilgili kendi endişelerini anlaması, (b) ona bilmediği bilgileri sağlama ve (c) kadın veya erkeklerle olabilecek sosyal ve cinsel ilişkilerini iyileştirecek beceriler geliştirmesi konusunda yardımcı olmaya çalıştı.

İlişkileri daha güvenli bir hâle geldiğinde terapist, daha aktif ve doğrudan bir rolü benimsedi, problemler özel olarak belirlendi ve her birini sırayla ele almak üzere girişimde bulunuldu. İlgilendikleri ilk alan, Bill'in günlük planlarıydı. Terapist, Colleen'in desteğini sağladı. Bill ile birlikte aileyi de aktivitelerinin içine dâhil edebilecekleri olasılıkları sıraladılar. Örneğin; Colleen, Bill'i 7:30'da bir kez kahvaltı için çağırıyordu. Herkesle birlikte kahvaltıyı kaçırırsa, daha önceden anlaştıkları gibi ona yeniden kahvaltı hazırlamıyordu. Terapist genel olarak, Colleen'e uygun davranışları ödüllendirmeyi ve uygunsuz olanları olabildiği kadar

görmezden gelmeyi öğretmişti. İlk haftalar geçtikten sonra, Bill zamanını daha düzenli geçirmeye başlamıştı.

Birkaç haftalık çalışmadan sonra, bu ev tabanlı program olumlu değişimler yaratmaya başladı. Bill ailenin geri kalanına daha yakın olduğu bir programı takip ediyordu ve evde daha fazla yardımcı oluyordu. Bu noktada, terapist daha zor olan iki problemi ele almaya karar verdi: Bill'in rahatsız edici şekilde kendi kendine mırıldanması ve akranlarıyla sosyal iletişim eksikliği. Bill ve kız kardeşi ile yapılan dikkatli görüşmeler, kendi kendine konuşmanın işlevsel bir şekilde değerlendirilmesine dayanak oldu. Bu davranış, en sık olarak Bill yalnızken veya yalnız olduğunu düşündüğü zaman görülüyordu. Başkalarının varlığında şüphelerini kontrol edebiliyordu; eğer özellikle bir düşünceden çok rahatsız olduysa, genelde müsaade isteyip odasına çekiliyordu. Colleen'in tepkisi, Bill'e mırıldandığını hatırlatmak ve sesli konuşuyorsa bazen de azarlamak şeklinde oluyordu. Bill'in şüphelerinin rahatsız edici düşüncelerle ilgili kaygısını azaltmadaki işlevsel rolü düşünüldüğünde, kendi kendine konuşmanın sadece bu sosyal pekiştirme tarafından sürdürülmesi çok olası görünmüyordu.

Terapist, uyarıcı-kontrol yöntemini denemeye karar verdi. Bill'den, evde rahatça hayallere dalabildiği ve kendi kendine konuşabildiği bir yer seçmesi istendi. Ne zaman hayal kurma veya şüphelerini tekrarlama dürtüsü hissederse, karar verdiği bu özel yere gidecekti. Bu yöntemin, asosyal davranışlarıyla ilişkili olan çevresel uyarıcıları kısıtlayacağı ve böylece sıklığını azaltacağı umulmuştu. Bill ve terapisti hayal kurma odası olarak çamaşır odasını seçtiler çünkü burası, evin kalan kısmından kısmen uzaktı. Yatak odası hariç tutulmuştu çünkü terapist, bunun uykusunu engelleyebilecek davranışlar için bir uyarıcı hâline gelmesini istememişti. Colleen'den, Bill'i çamaşır odasının dışında kendi kendine konuşurken gördüğünde uyarması istenmişti. Programın az miktarda, olumlu sonuçları oldu fakat kendi kendine konuşmayı tamamen ortadan kaldırmadı.

Kişiler arası davranışlar da davranışsal bir bakış açısıyla ele alındı. Kız kardeşinin evine taşındığından beri, Bill kendi yaşında birileriyle tanışmadı ve New York'taki arkadaşlarıyla görüşmeye devam etmedi. Pek çok yol denendi. Eski arkadaşlarını araması ve özellikle de Patty ile arkadaşlığını onarması konusunda desteklendi. Terapist pek çok seansı, Bill ile telefon görüşmesi provaları yapmaya ve olası konuşmaları canlandırmaya ayırdı. Bill genelde ne söylemesi gerektiğinin farkında olmasına rağmen, sosyal iletişim kurma konusunda kaygılıydı. Bu şekildeki davranışsal canlandırmaların, onu kaygı yaratan uyarıcıya karşı aşamalı olarak maruz bırakmanın bir yolu olabileceği düşünüldü. Ayrıca, evdeki sosyal iletişimleri içeren haftalık ev ödevleri verildi. Terapist, Colleen'in evinden çok uzak olmayan bir bar ve Colleen ve Roger'ın arkadaşlarıyla birlikte verdiği partiler de dâhil olmak üzere, olası arkadaş kaynaklarını araştırdı. Tedavi programın bu yönü etkili oldu. Bill, Patty'yi birkaç kez aradı ve Patty ve kızını ziyaret edebilmek için ve bir hafta sonu da annesinde kalmak için plan yaptı. Başta çok kaygılı olmasına rağmen, ziyaret başarılı oldu ve Bill'i neşelendirdi. De-

vam eden seanslar boyunca daha canlıydı ve mevcut durumunu değiştirme konusunda daha iyimserdi.

Bill, Roger'a hayali filmden ilk bahsettiğinde evlerine yakın olan bara gitmişlerdi. Terapist bu düşünceleri ve sesli halüsinasyonları öğrendiğinde, tedavi planını değiştirdi. İlk olarak anti-psikotik ilaç verme fikrini reddetmişti çünkü şizofreni için kesin bir kanıt yoktu. Şimdi psikotik belirtiler ortaya çıkmıştı, teşhis konusunda aynı fikirde olan bir psikiyatrist ile randevu ayarlandı ve atipik (ya da "ikinci nesil") anti-psikotik ilaçlardan biri olan risperidon (Risperdal) verildi. Çünkü Bill'in davranışları tehlikeli olarak değerlendirilmedi ve kız kardeşi, onun aktivitelerini yakından yönlendirebiliyordu, hastaneye yatışı gerekli değildi. Programın diğer tüm yönleri devam etti.

Bill'in ilaç tedavisine tepkisi olumluydu, fakat çok çarpıcı değildi. En açık etkisi, 4 haftalık bir süreçten sonra önemli ölçüde azalan kendi kendine konuşması üzerinde oldu. Bill bu değişimi rahatsız edici, girici düşüncelerin ortadan kalkmış olmasına bağladı. Fakat, terapist kanıtlarla rasyonel bir açıklama getirmesine rağmen sanrıları sabit kaldı. Aşağıdaki örnek, terapistin tecrübesizliğinin yanı sıra, sanrılı düşüncenin zapt edilemez özelliğini göstermektedir.

Bill'in düşüncelerinden biri, kendi resminin *Time* dergisinin kapağına basılmasıydı. Bu test edilmesi kolay bir düşünce gibi görünüyordu ve Bill denemek için istekli olduğunu belirtti. Birlikte, tarih aralığını son 8 aya çektiler. Daha sonra terapist, Bill'den gelecek görüşmelerinden önce halk kütüphanesine gitmesini ve bu süre içindeki tüm *Time* sayılarını kontrol etmesini istedi. Tabii ki, Bill kendi fotoğrafını bulamadı. Buna rağmen, inancı eskisinden daha güçlüydü. Kendini komplocuların kütüphaneye giderken gördüklerine, orada dövdüklerine ve o orijinalini görmeden dergi kapaklarını değiştirdiklerine inandırmıştı. Terapist yılmadan gelecek hafta için iki tane daha halk kütüphanesi tavsiye etti. Bekleneceği gibi, Bill resmini hiçbir kütüphanede bulamadı fakat kapağın var olduğuna dair inancı hâlâ sürüyordu. Karşıt kanıtlar öne süren her çaba, aynı inatçı dirençle karşılaşıyordu.

Geçen birkaç haftanın sonunda, Bill bu inançları konusunda daha az katı hâle geldi. Bütün her şeyi hayal etmiş olabileceği ihtimalini kabul etti. Komplo muhtemelen vardı ve büyük olasılıkla film ülke genelinde izleniyordu, fakat bu düşüncesine dair kanıtların var olmayabileceğini kabul etme konusunda daha açıktı. Şüpheleri devam etmesine rağmen, gözlenme korkusu ve ölüm tehdidi daha az acil müdahale gerektiriyordu ve tedavi programının diğer yönlerine de daha iyi yoğunlaşabilecekti. Hastaneye yatışı gerekli değildi ve Colleen'in ailesi ile birlikte yaşamaya devam edebilecekti. Önemli ilerlemelere rağmen Bill'in özel, destekleyici bir çevreye ihtiyacı olmaya devam edeceği açıktı ve normal mesleki ve sosyal rollerin içine girebilmesi, en azından yakın gelecekte çok mümkün görünmüyordu.

Tartışma

Şizofrenin tanı kriterleri halüsinasyonlar, sanrılar ve duygulanım ile düşünce arasındaki bozulmalardır. *DSM-5* (APA, 2013, s. 99), aşağıdaki belirtilerden en az iki tanesinin en az 1 ay boyunca deneyimlenmesini içerir: sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dağınık davranışlar ya da avolüsyon veya künt duygulanım gibi negatif belirtiler. Bu birey, ayrıca sosyal ya da mesleki işlevsellikte bozulma da yaşamalıdır. Belirtiler en az 6 ay devam etmelidir. Bireyler, 6 aylık süre içinde negatif belirtileri deneyimledikleri, fakat pozitif belirtilerin (halüsinasyonlar ve sanrılar gibi) görülmediği dönemlere girebilirler.

Bill, açıkça şizofreni tanı kriterlerini karşılıyordu. Karmaşık, sanrılı inanç sistemini ifade etmeden önce *prodromal* dönemin pek çok özelliğini gösterdi. Kız kardeşinin evine taşındığından beri, sosyal olarak izole olmuştu. Kız kardeşi ve ailesi ile iletişimi olsa da, ne New York'ta tanıdığı az sayıda arkadaşı ile iletişim kurmak için çaba gösterdi ne de yaşadığı çevrede yeni arkadaşlar edinmeye çalıştı. Aslında hiçbir zaman, çocukluğu boyunca bile, sosyal olarak aktif olmadı. Mesleki performansı, asansör görevlisi olarak çalıştığı işinden kovulmadan uzun zaman önce bozulmuştu. Pek çok komşusu, onun tuhaf davranışlarından şikâyet ediyordu. Örneğin; bir keresinde Colleen'in arkadaşlarından biri, Bill'i manavdan eve doğru yürürken gördüğünü ve garip davranışlar sergilediğini söyledi. Kendi kendine mırıldanarak elinde bir yiyecek poşeti taşıyordu ve tuhaf bir şekilde yürüyordu. İki ya da üç adım ileri atıyordu ve sonra da, kaldırıma yakın olan çimene bir adım atıyordu. Bu noktada, Bill sol ayağı üzerinde sekiyor, bir adım ileri atıyor ve sonra kaldırıma doğru geri adım atıyordu ve bu, sırayla devam ediyordu. Colleen, bu davranışın genelde çocukların oynadığı oyunlara benzediğini düşünerek, Bill'e eve doğru yürüyüşünü sordu. Bill, her bir hareketinin özel bir anlama geldiğini ve marketten dönerken aklından geçen şüpheleri düzeltmek için, bu şekilde davrandığını söyledi. Bu açıklama ve şüpheler hakkındaki diğer yorumları büyülü düşünmenin bir örneği olarak kabul edilebilir. Ayrıca, Bill'in sanrılı düşünceleri ve sesli halüsinasyonları daha önceden başlayan bozulmanın bir uzantısı olarak görülebilir.

Şizofreni, nüfusu yaklaşık yüzde 1-2 oranında etkileyen nispeten yaygın bir bozukluktur (Messias, Chen ve Eaton, 2007; Wu, Birnbaum, Hudson ve Kessler, 2006). Görülme sıklığındaki cinsiyet farklılıkları çok büyük olmasa da bozukluk, kadınlardan çok erkekleri etkilemektedir. Başlangıcı, genelde ergenlik dönemi ya da genç yetişkinlikte olmaktadır; ancak, kadınlarda erkeklere göre daha geç olmaktadır. Prognozu karışıktır. Emil Kraepelin hastalığı ilk olarak tanımladığında (erken bunama-*dementia praecox* olarak da bilinir), kronik bozulmayla giden sürecini vurgulamıştır. Aslında pek çok hasta sosyal ve mesleki işlevsellikte aşamalı bir bozulma gösterir ve hayatları boyunca devamlı veya aralıklı olarak psikotik belirtiler göstermeye devam eder. Ancak, çok sayıda hasta rezidual bozulma işaretleri olmadan

iyileşir. Pek çok araştırmadan elde edilen sonuç, şizofreni hastalarının yüzde 60'ının kronik bir örüntüsü olduğunu ve yaklaşık yüzde 25'inin hastalık başlangıcından sonra yıllar içinde iyileştiğini işaret etmektedir (Heiden ve Häfner, 2000).

DSM-5, şizofreni alt tiplerini saf dışı bıraktı: katatonik, paranoid, hebefrenik ve basit. Belirli bir özelliği olan alt gruplar, belirtisel olarak tanımlandı fakat diğer açılardan faydalı oldukları kanıtlanmaya çalışılmadı. Hastaları alt kategorilere yerleştirirken, temel bir problem güvenilirliğin eksikliğiydi. Şizofrenin genel kategorisini tanımlamaktaki problemler yüzünden, öne sürülen alt kategorilerde karşılaşılacak zorluklar sürpriz olmayacaktır. Tutarsızlık da başka bir zorluktu; bir kez öne çıkan belirtileri gösteren hastalar, başka bir dizi hastalık belirtisini de sonraki bir dönemde deneyimleyebilir. Semptomatik olarak tanımlanan alt grupların ya etiyolojik ya da yordayıcı geçerliliğe sahip oldukları da gösterilmemiştir. Örneğin; katatonik hastalarda, hebefrenik hastalara göre daha çok ya da daha az etkili olan özel bir tedavi bulunmamıştır.

Şizofreni hastalarını alt kategorilere ayırmak için kullanılan diğer bir yöntem de, üç belirti boyutunu kullanmak üzerine dayalıdır: psikotik belirtiler, negatif belirtiler ve dağınıklık (Andreasen, Arndt, Alliger, Miller ve Flaum, 1995; O'Leary ve ark., 2000). Psikotik belirtiler halüsinasyonlar ve sanrıları içerir. Negatif belirtiler ve künt veya mesafeli duygulanım, sosyal içe çekilme ve konuşmanın fakirleşmesini içerir. Dağınık konuşma ve tuhaf davranışlar gibi sözel iletişim problemleri, dağınıklık olarak adlandırılan üçüncü belirti boyutunda yer alır. Psikotik, negatif ve dağınık belirti boyutları arasındaki ayrımlar hatırı sayılır miktarda ilgi ve araştırmalara yol açmıştır.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Şizofreninin iletilmesinde genetik faktörler rol oynamaktadır (Mitchell ve Porteous, 2010). Bu sonucu destekleyen en ikna edici bilgi ikiz çalışmalarından ve çeşitli evlat edinme yöntemlerini takiben yapılan araştırmalardan gelmektedir. İkiz çalışmaları şu akıl yürütmeye dayanmaktadır: monozigot (MZ) ikizler büyümenin erken bir evresinde ayrışan ve ayrı fakat genetik olarak aynı iki embriyo oluşturan tek bir zigottan gelişir. Dizigot (DZ) ikizlerin durumunda ise, iki ayrı yumurta iki sperm hücresi tarafından döllenir ve her ikisi aynı anda gelişir. Bu yüzden, DZ ikizler, aynı doğum sürecini paylaşmayan diğer kardeşlerde olduğu gibi genlerinin sadece yüzde 50'sini paylaşırlar. Her iki ikizin de benzer ortamlar paylaştığı varsayımına dayanarak, MZ ikizlerin genetik olarak belirlenen özellikler için daha yüksek bir uyumluluk oranı (ör., birbirlerine daha fazla benzerler) göstermesi beklenir. Şizofreni için bu tür bulgular çok sayıda çalışma tarafından gösterilmiştir (Pogue-Geile ve Gottesman, 2007). Örneğin; Finlandiya'da yapılan bir çalışma, MZ ikizler için uyumluluk oranını yüzde

46 ve DZ için sadece yüzde 9 olarak bulmuştur (Cannon, Kaprio, Loennqvist, Huttunen ve Koskenvuo, 1998). MZ ve DZ ikizleri arasındaki bu büyük fark, genetik faktörlerin önemine işaret etmektedir. Diğer yandan, MZ ikizler arasındaki benzerliğin yüzde 100 olmaması da, genetik faktörlerin tüm farklılığı açıklamadığını göstermektedir. Bu sebeple, hastalığın gelişimi genetik olarak belirlenmiş bir yatkınlık ve çeşitli çevresel etkenler arasındaki dinamik bir etkileşime dayalı olmalıdır (Gottesman ve Hanson, 2005).

Genetik faktörlerin çevresel faktörler ile nasıl etkileşime geçip şizofreniye yol açtığı bilinmiyor. Bu problem son derece karmaşıktır, çünkü söz konusu çevresel olaylar birkaç farklı formdan herhangi birini alabilir (Walker, Kestler, Bollini ve Hochman, 2004). Bazı araştırmacılar, beslenme yetersizlikleri veya viral enfeksiyonlar gibi faktörlere odaklanmıştır. Bir hipotez, doğum öncesi enfeksiyonların fetüsün beyin gelişimini bozarak şizofreniye karşı yatkınlığı artırdığını ileri sürmektedir (Brown ve Derkits, 2010). Çevresel olaylar ve şizofreniye yatkınlığa karşı bir başka yaklaşım da, aile içindeki kişiler arası ilişkilere odaklanmıştır. Çocukluk çağındaki olumsuz aile koşulları, genetik olarak bu hastalığa yatkın kişilerde daha sonra şizofreninin ortaya çıkma olasılığını artırabilir (Schiffman ve ark., 2001).

Şizofreninin nedenleri ile ilgili sorulara ek olarak, önemli miktarda araştırma ailenin hastalığın seyri üzerindeki etkisini vurgulamıştır. Bu çalışmalar, hâlihazırda şizofreni tedavisi gören hastaların ilerlemesini takip eder ve duygu dışavurumu (DD) ya da aile üyelerinden en az birinin, hastayı ve onun davranışlarını ne derece eleştirdiğiyle ilgilenir. Hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra, genellikle birkaç ay takip edilir ve sonuç değişkeni, tedavi için tekrar hastaneye dönen hastaların yüzdesidir. Tekrarlama oranları, yüksek DD yapıldığı evlerine geri dönen hastalar için daha yüksektir (Aguilera, Lopez, Breitborde, Kopelowicz ve Zarate, 2010; Hooley, 2007).

Duygu dışavurumu ile ilgili veriler Bill'in deneyimleri ile de tutarlıdır. Bill, annesi ile birlikte yaşarken birbirlerini endişelendirdiklerini hatırlıyordu. Bill'in annesinin davranışlarıyla ilgili yaptığı tanımlamalar, yetişkin ve kendi bağımsızlığına sahip olduğu düşünüldüğünde, duygusal bağlılığının aşırı olduğunu gösteriyor; işi ya da arkadaşları veya onun gün içinde ne yaptığıyla ilgili olarak hep endişeleniyordu. Onun sürekli müdahaleleri ve ikna etme çabaları sonunda kız kardeşinin ailesinin yanına sığınmasına yol açtı.

Colleen ve ailesi tarafından sağlanan destek ortamı ve Bill'in kendine özgü özelliklerinin çoğunu hoş görmeleri, Bill'in geçirdiği psikotik dönemlerde hastane dışında kalabilmesine olanak sağladı.

Tedavi

Akut şizofrenik bozukluk için bir tedavi seçerken, göz önüne alınması gereken birkaç önemli faktör vardır. Antipsikotik ilaçlar, 1950'lerde ortaya çıktıklarından beri başlıca müdahale yöntemi hâline gelmiştir (Haddad, Taylor ve Niaz, 2009). Çok sa-

yıda kontrollü çalışma, bu ilaçların şizofreni hastalarının çoğunda faydalı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Akut psikotik ataklar sırasında ortaya çıkan belirtilerin düzelmesine yardımcı olurlar. Anti-psikotik ilaçlar, ayrıca hasta bir epizottan çıktıktan sonra önleyici olarak kullanılmaya devam ettiğinde, belirtilerin tekrar ortaya çıkma ihtimalini de azaltmaktadır. Ne yazık ki bazı hastalar, belki yüzde 25 gibi bir oran, anti-psikotik ilaç tedavisine olumlu yanıt vermemektedir.

Anti-psikotik ilaçların halüsinasyonlar ve dağınık konuşma gibi birçok psikotik belirti üzerinde bir etkisi olduğu görülmektedir. Bill'in durumunda da, ilacın olumlu bir etkisi olmuştur. Anti-psikotik ilaç tedavisinin uygulanmasındaki en çarpıcı durum, psikotik belirtilerdeki düzelme ile ilişkilendirilmiş olmasıdır.

Bu olumlu etkilere rağmen, anti-psikotik ilaçların kullanımı ile ilgili bazı kısıtlamalar ve sorunlar da bulunmaktadır. Bill'in durumunda da görülen bir sorun, ilacın kısmi bir çözüm olmasıdır. En çarpıcı belirtiler, iyileştikten sonra, çoğu hastada halüsinasyonların ve sanrıların doğrudan sonucu olmayan rol karmaşalarının yaşanmaya devam etmesidir. Kısacası, ilaçlar bazen algısal bozulmaları hafifletebilir ancak sosyal ve mesleki becerilerdeki eksiklikleri düzeltmemektedir.

Tedaviye dirençli hastalarda da başka bir sorun ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının yaklaşık yüzde 10-20'si geleneksel anti-psikotik ilaç tedavilerinden yararlanmamaktadır (Kane, 1996). Başlangıçta tedaviye yanıt veren diğer kişilerde, devam eden ilaç tedavisi sırasında hastalık tekrar nüks etmektedir. Bu nedenle, ilaç firmaları yeni ilaç formları geliştirmeye devam etmektedir. Klozapin (Clozaril) ve risperidon (Risperdal), ikinci nesil anti-psikotik ilaçların örnekleridir. Ayrıca, *atipik anti-psikotik* ilaçlar olarak da bilinmektedirler, çünkü daha az olumsuz yan etkiye yol açarlar ve daha geleneksel anti-psikotik ilaçlardan farklı farmakolojik etki şekillerine sahiptirler. Klozapin ve risperidon ile yapılan kontrollü çalışmalar, daha önce "tedaviye dirençli" olarak kabul edilen hastaların yaklaşık yüzde 30'unda belirgin bir iyileşme sağlandığını göstermiştir (Turner ve Stewart, 2006). Bu yeni ilaç formlarının varlığı birçok hasta ve aileleri için yeni umutlar anlamına gelmektedir.

Son problem, özellikle *tardif diskinezi* olarak bilinen ciddi, istemsiz bir hareket bozukluğu gibi uzun süreli yan etkilerin gelişimidir. Geç diskinezinin en belirgin belirtileri arasında kol ve bacaklarda titreme, dudakları bastırma ve dil çıkarmalar bulunmaktadır. Bu semptomlar hem hastalar hem de onlarla etkileşimde bulunan kişiler için rahatsız edici olabilir. Neyse ki, atipik anti-psikotik ilaçların kullanımında tardif diskinezi gibi, motor yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı daha düşüktür (Kane, 2004).

Psikososyal tedavi programları da, şizofreni hastaları için faydalı olmaktadır (Bustillo, Lauriello, Horan ve Keith, 2001). Belki de en önemlisi, ilaç tedavisi ile birlikte aile bazlı programların kullanılmasıdır. Çeşitli çalışmalar, duygu dışavurumu yüksek olan ailelere sahip hastalara yardımcı olmak için tasarlanmış tedavi programlarını değerlendirmiştir (Giron ve ark., 2010). Anti-psikotik ilaçlara ek olarak, tedavinin tipik olarak iki temel bileşeni vardır. Terapist ilk olarak, aile üyelerine

bazı düşmanca tavırlar ve eleştirilerin, hastanın sorunlarının doğasının anlaşılmamasından kaynaklandığı varsayımı üzerinden giderek şizofreni hakkında bilgi verir. İkincisi, terapist problem çözme ve iletişim becerileri üzerinde çalışarak, ailenin stresli deneyimlerle başa çıkma becerisini arttırmaya odaklanır. Bu tür bir aile müdahalesi ile elde edilen sonuçlar oldukça destekleyicidir.

Bill'in vakasında, kız kardeşinin ailesinin duygu dışavurumu çok fazla değildi. Dolayısıyla, ailedeki iletişim tarzları üzerine odaklanan doğrudan tedavi gereksizdi. Terapist yine de, Bill'in kendine özgü davranışlarıyla baş etmelerine yardımcı olmak için Colleen ve Roger'la konuştu. Bill'in terapisti de dikkatini sosyal becerilerin geliştirilmesine yönlendirdi. Tüm bu çabalar başarı ile sonuçlandı. Sosyal beceri programları, genellikle hastaneye yatmadan tedavi edilen şizofreni hastaları için faydalı olmaktadır (Pilling ve ark., 2002).

Ayrıca, sosyal olarak içe çekilen ve diğer olumsuz belirtileri gösteren hastaların tedavisinde, aktif psikolojik yaklaşımların kullanılması konusunda dikkatli davranmanın bazı gerekçeleri vardır (ör., Kopelowicz, Liberman, Mintz ve Zarate, 1997). Kronik şizofreni hastaları arasındaki sosyal etkileşim düzeyini arttırmaya yönelik programlar, kişinin diğer alanlarda uyum sağlamasında olumsuz yan etkilere neden olabilir. Şiddetli, kalıcı, negatif belirtileri olan hastalar ve ilaç tedavisi görmeyenler, sosyal müdahalenin aktif ve doğrudan biçimi ile ilişkili olarak yaşadıkları stresteki artışla başa çıkamayabilir. Bu etki Bill vakasında açıkça görülebilir. Terapist hastalığının geniş sanrılı yapısından haberdar oluncaya kadar, ilaç kullanmıyordu. Davranışçı tedavi programına verdiği yanıt, anti-psikotik ilaçların kullanımından sonra daha olumlu olmuştu. Bu noktadan önce, seanslar sırasında yapılan rol canlandırmaları ve hafta boyunca verilen ev ödevlerinin kaygı düzeyini arttırdığı görülmüştür.

Tartışma Soruları

1. Bir sanrı tanımlamanın basit bir yolu, bunun yanlış bir inanç olduğunu söylemek olabilir. Fakat bundan daha fazlası var. Bill'in onun hakkında yapıldığını düşündüğü film ile ilgili sanrılı inancını nasıl tanımlardınız? Düşünce yapısının hangi özellikleri, diğer insanlarla paylaşılabilecek kanıtlara dayanmadığının ötesinde önem taşıyordu?
2. Bill'in psikotik bir bozukluk geliştirmeye başladığında görülen ilk belirtiler nelerdir? Halüsinasyonlar ve sanrılardan önce hastalığına dair anlamlı işaretler var mıydı? İlaç tedavisi, psikotik belirtilere sahip birçok kişi için etkili ise, şizofreniye karşı yatkınlığı olan kişiler için de reçete edilmeli midir? Bu yaklaşımın olası avantajları ve dezavantajları neler olabilir? Nasıl değerlendirilebilir?

3. Şizofreni ile ilişkili olan belirtilerin ve sosyal eksikliklerin geniş aralığı göz önüne alındığında, bu hastalar genellikle geniş bir dizi hizmet ve destek sistemine ihtiyaç duymaktadır. Anti-psikotik ilaçlardan başka hem hastalar hem de aileleri için faydalı olabilecek en önemli psikolojik sağlık hizmet biçimleri nelerdir?
4. Şizofreni gibi ciddi psikolojik rahatsızlığı olan hastaların sağlık hizmeti masraflarını kim karşılamalıdır? Standart sağlık sigortası programlarına dâhil edilmeli midir? Kanser ve kalp hastalıkları gibi diğer tıbbi bozukluklarla karşılaştırılabilir bir önceliğe sahip olması gerekli midir?

BÖLÜM 4*

Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Opiyat Kullanımı Bozukluğu ve Şiddet

Bu vaka, toplum ruhsal sağlık hizmetlerinde çalışan ruhsal sağlık uzmanlarının karşılaştığı birçok zorluğu ve kafa karıştırıcı meseleyi örneklemektedir. Bu vakadaki kadın birçok ay boyunca, belki yıllar boyunca, evsiz kalmıştır. Hayat hikâyesinin birçok detayı, karışık yaşam tarzı sebebiyle kaçırılmıştır. Kendisiyle ilgili kendi tanımlamaları ve hayatındaki olaylar tutarsız ve güvenilmezdir. Genellikle psikotikti ve düzenli olarak madde kullandığı açıkça görülüyordu. Evsiz ve ciddi düzeyde ruhsal bozukluğu olan danışanlarla iletişim kurmak nadiren ve beklenmedik olduğu için, buna benzer vakaları tanımlamak ve yönetmek oldukça zordur. Bu bölümde verilen bilgi kadınla olduğu kadar, erkek kardeşiyle bir görüşme, kızıyla bir telefon görüşmesi ve yanında kalmasına izin veren kadınla bir konuşmayı içeren terapötik iletişimlere dayanmaktadır.

Angela 36 yaşındaydı ve en azından 10 ya da 12 yıldır, neredeyse sabit işitsel halüsinasyonlar duymaktaydı. Bu yaşantıların özellikleriyle ilgili veya ne zaman başladığıyla ilgili bilgi sahibi olmak, konuyla ilgili konuşmaktan hoşlanmadığı için zordu. Angela birçok faklı ses, çoğunlukla onunla ilgili konuşan erkekler, duyduğunu söyledi. Seslerin yüksekliği, netliği ve duygusal tonu son derece değişikti. Bazen oldukça uzak, gürültülü ve öfkeli oluyordu. Çoğunlukla, bunlar zihninin arkalarında gece ve gündüz devam eden sıkıcı, gürleme sesi gibi görünmektedir. Bu sesleri duyduğu zamanlarda, sesi kapatılmış bir radyo programını dinliyor gibi görünüyordu.

Angela'nın özellikle krek kokain ve eroin olmak üzere uzun süreli bir madde kullanım bağımlılığı da vardı. Bazen sesleri durdurmak için madde kullanıyordu, fakat hayatında hangi problemin daha önce ortaya çıktığını bilmek imkânsızdı. Angela'nın madde kullanımı, yaşam koşulları çok karışık olduğunda, duygusal olarak daha az durağan olduğunda ve duyduğu sesler daha rahatsız edici olduğunda daha da artmaktaydı.

Çeviren: Klinik Psikolog Selin Temizel

Angela'nın vakit geçirdiği kişilerin çoğu, genellikle madde kullanan kişilerdi. Tehlikeli, korkunç ve düşmanca olan sosyal bir dünyanın içine doğru çekiliyordu (ayrıca aranılan biriydi). Sıklıkla madde kullanan kişilerin olduğu gruplarla pis ve terk edilmiş binalarda takılarak günlerce zaman geçiriyordu. Bu yaşantılarla ilgili olarak kendi ifadeleri hem karmaşık hem de korkutucuydu. Angela bu zamanlarda, birçok saldırı ve birden fazla cinayete tanıklık ettiğini belirtti. Bu kişilerin çoğu, genelde madde satın almak ya da madde ile değiş tokuş yapmak için gereken parayı temin etmek amacıyla cinsel aktivitelerde bulunuyordu. Angela'nın kendi davranışlarını tanımlamasına göre, diğer insanları yöneterek eroin ve kokaine ulaşabiliyordu. Fahişe olmayı reddetmişti ve bu maddelere ulaşabilmek için seks yapmamıştı.

Zaman zaman madde kullanımı için rehabilitasyon programlarına girip çıkmıştı. Bir kez, az miktarda kokain bulundurmaktan tutuklanmıştı ve başka bir zaman da, bir adamı karnından bıçaklamaktan tutuklanmıştı (daha sonra bahsedilecek). Şartlı tahliye edilmeden önce, 18 ay hapishanede kaldı ve daha sonra sokaklara geri döndü.

Rehabilitasyondaki tipik davranışı —genellikle intihar girişiminde ya da tehdidinde bulanarak— bir programa girmek, hızlı bir şekilde zehrinden kurtulup birkaç gün sonra da ayrılmak şeklinde oluyordu (programı tamamlamadan). Bu deneyimler, örneğin geçici olarak yanında kaldığı arkadaşlarından sıkılması gibi hoşnut olmadığı durumlardan kaçmasına olanak sağlıyordu. Ayrıca bu programlar, onun biraz rahatsız edilmeden uyumasını ve besleyici yemekler yiyebilmesini sağlıyordu.

Angela ikisi erkek, biri kız olmak üzere yaşları 20 ile 15 arasındaki üç çocuk annesiydi. Çocukların hepsi Angela'nın hukuki problemlerinin yanı sıra, uzun süreli psikolojik sağlık problemleri sebebiyle—komşu bir eyalette yaşayan— annesi tarafından büyütüldü. Angela şartlı tahliyesinin koşullarından birisi, başka bir eyalete yolculuk etmemesi olduğundan dolayı, uzun yıllar çocuklarını ziyaret edemedi. En büyük çocuğu olan kızı, özel bir kolejde onur öğrencisiydi. Angela çocuklarıyla fazla zaman geçirememesine rağmen, onlarla çok gurur duyuyordu ve annesi ve erkek kardeşlerinden biriyle yaptığı aralıklı görüşmeler sayesinde, onların hayatlarını takip ediyordu.

Sosyal Geçmiş

Angela, düşük-orta sınıf, tek ebeveynli bir ailenin dört çocuğunun ikincisi olarak Filedelfia'da dünyaya geldi. Ailesi, annesinin kronik sırt ağrısı sebebiyle aldığı engelli maaşı ile geçiniyordu. Angela'nın annesi güçlü, güvenilir ve vicdanlı bir ebeveyndi. Tüm çocuklar devlet okullarına devam etti ve aile ekonomik olarak zor zamanlardan geçmesine rağmen, hepsi liseden mezun oldu.

Lisesindeki diğer kişiler gibi, Angela alkol kullanıyordu ve marihuana içiyordu. Alkol kullanmayı daha erken bıraktı fakat bazen aşırı şekilde olmak üzere, sigara içmeye devam etti.

Angela ilk çocuğunun doğumundan 1 sene sonra liseden mezun oldu. Davranışları genelde dürtüsel ve tahmin edilemez olmasına rağmen, oldukça parlak bir öğrenci

olduğu düşünüldü. Sınıfta konuşkandı ve bazen anlaşılmaz olmasına rağmen, diğer öğrencilerle olan tartışmalarda da akıllı yorumlar yapıyordu. Angela yazmayı da seviyordu. İngilizce sınıflarındaki öğretmenler ilginç şiirler yazdığını söylerdi; genellikle dünyevi olmayan ve depresif temalar hakkında yazıyordu.

Mezuniyet sonrası, aynı işte 6 aydan fazla olmamak üzere kısa süreli bazı işlerde çalıştı. İlk işlerinden biri, bir eczanede eczacı kalfası göreviydi. Esrar satın almak için iş yerinden para çaldığı için kovuldu. Ayrıca birkaç yerde sekreter yardımcısı görevlerinde çalıştı. İkinci ve üçüncü çocukları da, mezun olduktan sonraki 3 yıl içinde doğdular. Çocukların babaları olan erkeklerle olan ilişkileri istikrarlı değildi ve bu iki adam da hamile olduğunu öğrendikten hemen sonra hayatından kayboldular.

Angela'nın uyuşturucu kullanımı, 22 yaşındayken üçüncü çocuğunun doğumundan sonra çarpıcı biçimde arttı. Krek ve eroin içmeye başladı. Başlangıçta, bu ilaçları ayrı ayrı kullandı. Daha sonra *hız topu/speedball* olarak bilinen ve enjekte edilen, kokain ve eroini kombine edildiği bir karışımı kullanmaya başladı. Bu süreç, olumlu öznel duyguları artırmış gibi görünüyordu. Uyuşturucu kullanımındaki bu değişikliğin iki tane sebebi var gibi görünüyordu. Birincisi, halüsinasyonlarının kesinlikle bu sırada ortaya çıkmış olması ve sıkıntı verici olmalarıydı. Angela sesleri susturmaya çalışmak için daha fazla uyuşturucu aldı. Diğer sebep ise, *ilk kullanımda hissettiği o yüksek duygunun peşinde olmak* diye adlandırdığı bir süreci içeriyordu. Şimdiye kadarki hiçbir madde kullanımı deneyimi, ilk krek içmeye başladığında hissettiği duygu kadar harika olmamıştı. Tekrar bu şekilde hissetmek için, daha yüksek dozlar ve farklı ilaç birleşimlerini denemeye devam etti.

Davranışları gittikçe düzensizleşti. Bazen haber vermeden, annesinin evinde çocuklarla birkaç gün geçirmek için gidiyordu. Sonra yine, haber vermeden ortadan kayboluyordu. Annesi ve kardeşleri, sağlığının bozulduğunu gördükleri için oldukça üzülüyorlardı, ancak onu değişmeye ikna edememişlerdi.

Angela 24 yaşındayken, annesi sonunda eroin kullanmayı bırakacağı bir girişim başlatması için onu ikna edebildi. Daha önce hem kendi başına hem de arkadaşlarıyla başarısız bir şekilde bırakmayı denemişti. Yoksunluk belirtilerine dayanamayarak, her seferinde birkaç gün içinde yeniden kullanmaya başlamıştı. Bu sefer, bir toplum tedavi programına kabul edildi. Toplantıların (Adsız Narkotikler) yanı sıra, özellikle madde kullanımı ve bağımlılığına yönelik grup terapisi içeren bir günlük tedavi programına devam etti. Bu toplantılara katıldığı sırada aynı tedavi programında olan biriyle tanıştı. Romantik olarak yakınlaştılar ve birkaç ay sonra Angela, onun evinde birlikte yaşamaya başladı. Bu sırada 4 aydır madde kullanmıyordu. Ne yazık ki, arkadaşı öfkeli bir mizacı da dâhil olmak üzere, kötü özellikleri olan zor bir kişiydi. Angela'yı fiziksel olarak kötüye kullanmaya başladı.

Bir Şiddet Bölümü

Angela birkaç ay bu adamla yaşadı ve onun şiddet kullanmasına tahammül etti. Korkmuş ve fiziksel olarak yorgun bir hâldeydi. Stres düzeyi de arttığı için duyduğu sesler

eskiye göre daha kalıcı hâle gelmişti. Bu zamanlarda, sesler onu erkek arkadaşının kendisine yapmayı planladığı şeyler hakkında uyarıyorlardı. Sesler, ayrıca kendisini korumasını ve ona karşı gelmesini de söylediler. Korkmuş ve kafası karışık bir şekilde Angela evden ayrıldı ve eroin alıp sesleri susturabilmek için, para kazanmanın bir yolunu arayarak sokaklarda dolaşmaya başladı.

Gece geç saatlerde kendini şehrin kalabalık bir bölgesinde buldu. Sokak boyunca barlar, turistik dükkânlar ve gece açık marketler sıralıydı. Birçok yaya kalabalık şekilde kaldırımda yürürken, arabalar kavşakta sıkışmıştı. Çok gürültülüydü — kornalar çalıyordu, insanlar bağırıyordu ve araba teyplerinden ve barlardan müzik sesleri geliyordu. Angela giderek daha tedirgin hâle geldi; aynı zamanda, bu şekilde davranıldığı için sinirli ve kızgın hissetti. Erkek arkadaşı onu dövüyordu. Şimdi ise sokaktaki insanlar çarpıyor, ittiriyor ve önüne atılıyorlardı. Herkes onu bir şekilde kullanıyormuş gibi geliyordu. Çaresizce para ve uyuşturucu arayışı devam ederken, kendisini daha tedirgin, tetikte ve kenarda kalmış hissediyordu.

Çok fazla alkol aldığı belli olan orta yaşlı bir adam aniden bir bardan çıktı ve Angela'ya doğru tökezledi. Geveleyerek konuşuyordu, dengesi ve görüşü bozulmuş gibiydi. Onun için bir taksi çağırırsa, Angela'ya 20 dolar vereceğini söyledi. Angela da taksi çağırdı. Adam taksiye doğru hareket etti ve Angela'ya vaat ettiği parayı vermeden oturmaya yöneldi. Angela, manipüle edildiği için öfkelenerek, adamın kolunu tutup parasını istedi. Adam güldü, ona bir isimle seslendi ve geri çekilerek taksinin kapısının arkasında kaybolmaya başladı. Angela öfkelendi, ceketinden küçük bir bıçak çıkardı ve adamın karnına sapladı. Adam çığlık atarak kaldırım üzerine düştüğünde, birkaç kişi Angela'yı yakalayıp yere ittirdi.

Polis birkaç saniye içinde geldi. Angela kelepçelendi ve en yakın polis merkezine gönderildi. Davranışları vahşi ve karmaşıktı. Duygudurumu öfke, korku ve üzüntü arasında hızlı bir şekilde değişerek sabit kalmıyordu. Angela'nın söylediği birçok şey tutarsızdı. Mahkemenin görevlendirdiği, kendisiyle daha önce görüşen, bir psikiyatrist ile görüşme yaptı ve enjeksiyonla uygulanan antipsikotik ilaçlar reçetelendirendirildi (böylece ilaçları aldığından emin olabileceklerdi). Yaklaşık 10 gün boyunca hapiste kaldıktan sonra, duygudurumu ve davranışları düzeldi.

Birkaç gün sonra, hâkim bir yeterlilik değerlendirmesi talebinde bulundu. Ağır saldırı ile itham edildi ve mahkumiyet kararı 5 yıla kadar hapis cezası olabilirdi (önceki cezalarına bağlı olarak). Duruşmaya başlamadan önce mahkeme, Angela'nın kendisine yönelik suçlamaları anlayıp anlayamadığını ve kendi savunmasına katılıp katılamayacağını belirlemek durumunda kaldı. Bu karardaki temel soru, Angela'nın bilfiil psikotik olup olmadığıydı. Bu görüşme yapıldığı zaman, konuşması tutarlıydı ve duygudurumu stabildi. Ruhsal bozuklukları olan ceza davalıları için bir devlet tesisine gönderilmek istemediği için isteksizce, sesleri duymadığını belirtti. Değerlendirmeyi yapan psikiyatrist, yargılanması için yeterliliği olduğunu belirtti.

Angela, davasına atanan kamu avukatının danışmanlığında, cezasında indirim yapılması için suçu işlediğini kabul etmeye karar verdi. Bu sıralarda davacının ciddi yarası iyileşti. Angela, iyi hâlden şartlı tahliye edilme olasılığı ile birlikte, 18 ay hapis

cezasına çarptırıldı. Angela, kadın hapishanesindeki ilk birkaç günü boyunca çok üzgündü. Gardiyanlara göre, "çıldırmıştı". Hücresindeki başka bir tutukluya saldırdıktan sonra, tek başına hücre hapsi cezası verildi. Yiyecekleri ve tepsileri yerlere attığı ve kontrol altında tutulamadığından dolayı yemek yemek için hücreden çıkmasına izin verilmedi. Üçüncü gün, kendi hücresini ateşe verdi. Vahşi, kontrolsüz davranışlarından dolayı, şiddet suçlarından hüküm giymiş insanlara yönelik bir psikiyatri koğuşuna sahip başka bir kuruma devredildi.

Hapishanedeki psikiyatrist ona antipsikotik ilaç verdi. Angela'nın durumu, koğuşta geçirdiği ilk birkaç gün boyunca oldukça tedirgindi. Kavgacı ve tartışmacıydı, sıklıkla personelle ve diğer hastalarla kavga ediyordu. Angela'nın davranışlarını kontrol etmek için başka bir yol bulamadıklarından dolayı orada geçirdiği zamanın bir kısmı fiziksel kısıtlamalarla geçti. İlaç tedavisi, sonunda sakinleşmesine yardımcı oldu.

Angela, şiddet içeren ve yıkıcı davranışlarından dolayı, bir kısmını psikiyatri biriminde ve kalan zamanları da normal hapishanede geçmek üzere, 18 aylık hapis cezasını tamamladı. Sonunda taburcu edildiğinde, 26 yaşındaydı ve evsizdi.

Toplumsal Tedavi

Sonraki 10 yıl boyunca, Angela sürekli bir yerden başka bir yere taşındı. Bazen arkadaşlarıyla birlikte yaşıyordu ve bazen sokaklarda ya da sığınma evlerinde kalıyordu. O an ya da daha sonra başka bir rehabilitasyon programına giriş imkânı bulacaktı. Tedaviye erişim kolay değildi. Sağlık sigortası olmayan ya da bu hizmetleri ödemek için başka bir yolu olmayan biri olarak, Angela toplumsal programlara güvenmek zorundaydı ve bunlar da, genellikle çok uzun bekleme listelerine ve kabul için katı ölçütlere sahip programlar oluyordu. Çoğunlukla büyük şehirlerde olan arınma programında uygun çok az yatak vardı. Angela, genellikle hemen kabul ile sonuçlanacak iki yöntem bulmuştu. Bir tanesi, halka açık bir ruhsal sağlık kliniğinde görünmek ve ciddi bir intihar tehdidinde bulunmaktı. Bir keresinde görüştüğü psikolojik danışmana, bir köprüden atlayacağını söylemişti. O günün sonunda hemen kliniğe kabul edildi.

Angela, madde etkisi altında olmadığında ve yazmak için sakin bir yer bulabildiğinde, şiirleri üzerinde çalışmaya devam etti. Bu şiirlerin bir kısmını, yazdıklarından etkilenen danışmanına da gösterdi. Çoğu, uyuşturucu kullanımı ile, özellikle kullanmayı bıraktığında nasıl hissettiğiyle (yalnızlık, boşluk, karanlık vb.) ilgiliydi.

Toplumsal tedavi programına kabul edildiğinde, Angela *DSM-5* (APA, 2013) temel alınarak iki tanı aldı: madde kaynaklı psikotik bozukluk ve opiyat kullanımı bozukluğu. Madde kaynaklı psikotik bozukluğun teşhisi, kişi belirgin halüsinasyonlar veya sanrılar yaşadığında ve bu semptomlar bir madde, bir ilaç veya bir toksinin kötüye kullanımının bir sonucu olarak değerlendirildiğinde düşünülebilir. Angela'nın anlattığı belirtileri çevreleyen belirsizlikten dolayı, terapist halüsinas-

yonlarının 20'li yaşlarının başındaki yoğun krek kokain kullanımından kaynaklandığı çıkarımını yaptı.

Bu vakadaki tanı, kesinlikle sorgulamaya açıktır. Kişinin kendi ifadeleri çok güvenilir olmadığında, şizofreni ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gibi farklı tanı kategorileri arasındaki ayrımı yapmak klinisyenler için zordur. Angela bu bozukluğun sanrılar, dağınık konuşma veya donuk duygudurum gibi başka belirtilerini göstermediği için şizofreni uygun tanı değildi. İşitsel halüsinasyonların bunları tetikleyebilecek uyuşturucuları kullanmadan önce ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemek bu noktada mümkün değildi. Bütün bu nedenlerden ötürü, Angela'nın vakasına konulan tanıların sorgulanabilir olduğu dikkate alınmalıdır.

Angela'nın davranışları, bir ya da daha fazla olası kişilik bozukluğu tanısı hakkında birtakım bazı soruları da beraberinde getirdi. Paranoid, antisosyal ve narsisistik kişilik bozuklukları olası teşhisler gibi görünüyordu. Kendi ailesinin üyeleri de dâhil olmak üzere, kimseye güvenmiyordu. Tabii ki, yetişkinlik yaşantısının çoğunda yaşadığı düşmanca ve tehditkâr dünya, tetikte olması ve şüphelerinin haklı olup olmadığına karar vermesini zorlaştırdı. Bu zor koşullarda yaşamış biri için, bu örüntü tamamen mantıksız mı? Şüphesiz uzun yıllar istismar edildi ve bu yüzden yaygın bir güvensizliği vardı. Ne yazık ki, bu durum da terapistle bir ilişki kurmasını zorlaştırıyordu. Konuşması temkinliydi ve terapistine kolayca güvenmiyordu.

Angela'nın çocukken davranış bozukluğu belirtileri gösterdiğine dair bir kanıt bulunmadığından, antisosyal kişilik bozukluğu için resmî tanı ölçütlerini karşılamıyordu. Yine de, kanuni olarak toplumsal normlara uymamak gibi bozukluğun birkaç başka özelliğini sergiliyordu. Sokaklarda vakit geçirdiği insanların yanı sıra sık sık, terapistine ve ailesine de yalan söyledi. Çoğunlukla sinirli, agresif ve sorumsuzdu.

Angela başkalarını kandırma ve yönlendirme kabiliyetinden büyük gurur duyuyordu. Örneğin, bir seferinde terapistine ölmekten çok korktuğunu söyledi. Fiziksel sağlığının her zamankinden daha da kötü olduğunu hissettiğini söyledi ve bu endişesi hakkında oldukça uzun süre ağladı. Kaygılandığı durum, iki yakın akrabasının ölümüne sebep olduğunu iddia ettiği pankreas kanseri idi. Ön testler, çok düşük bir glikoz seviyesine sahip olduğunu gösterdi. Bununla birlikte, daha ileri testler yapıldıktan sonra, klinikteki doktorlar Angela'nın hastaneye kabul alabilmek için kasıtlı olarak çok fazla insülin aldığını tespit edebildi. Diğer sorunlarının çoğunda olduğu gibi, bu özelliklerin ruhsal bozukluğun başlangıcında etkin rol oynayıp oynamadığının ya da tehlikeli ve kaotik bir ortamda yaşamanın sonuçları olup olmadığını bilmek imkânsızdı.

Dürtüsel ve düşmanca davranışları da Angela için ciddi sorun oluşturuyordu. Düzenli olarak devam eden klinik randevulara devam edememesi, buna sadece bir örnek-

tir. Kendi orada bulunmak istediği zaman randevulara geliyordu ve terapist o sıradaki randevusu bitene kadar orada beklemesini istiyor diye fırtına estiriyordu. Sonra birkaç hafta ortadan kayboluyordu. Dürtüselliği yaşadığı yerlerle ilgili verdiği kararlarda da belirgindi. Bir süre sonra, nereye gideceğiyle ilgili hiçbir bilgi vermeden yaşadığı yerden ayrılacaktı. Terapisti, bir keresinde haftalarca Angela için yeni bir ev bulmaya çalıştı ve hemen orada yaşayan başka bir kadınla kavga etti. Hiçbir kurala uymadığı için bir hafta içinde evden atıldı (doğru zamanda gelmiyordu; temizlik ve yemek pişirmeye yardım etmiyordu).

Tartışma

Ciddi şekilde ruhsal rahatsızlığı olan birçok kişi, birden fazla farklı tanı için kriterleri karşılayabilir. Eş tanı terimi, çoğunlukla hem psikozun bazı formları hem de madde kullanımı bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayan kişileri tanımlamak için kullanılmıştır (Staiger ve ark., 2011). Bazı tahminler, şizofreni hastalarının yüzde 50'sinde bir tür madde kullanım bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (Lewis, 2002). Eş tanı konsepti bu konulara gereken dikkati çekmesine karşın, Angela gibi kişilerin karşılaştıkları problemlerin ezici ağırlığını yansıtmakta başarısız olabilir. Angela, psikoz ve madde bağımlılığı sorunlarına ek olarak, hukuki meseleler, bedensel hastalıklar (yüksek HIV riski) ve evsizlik konularında zorluklar yaşıyordu. Psikoz ve madde bağımlılığı kombinasyonu, kişinin tedaviye olumlu yanıt verme ihtimalini düşürür ve her iki rahatsızlıktan kaynaklanan sosyal ve mesleki bozulmaların ciddiyetini artırır. Madde kullanım bozuklukları, özellikle evsiz kişilerde şizofreni ve depresyon ile ilişkilidir (North, Thompson, Pollio ve Ricci, 1997).

Evsizlik, genellikle ruhsal bozukluklarla ilişkili olan önemli ve zor bir sorundur. Madde bağımlılığı ve ilaç tedavisine uymama (reçete edilen ilaçları almamak), şizofreni hastalarında evsizlik riski ile ilişkilidir. Evsiz olmak, kişiyi birçok olumsuz çevresel olaya karşı daha savunmasız hâle getirmektedir. Ciddi şekilde ruhsal rahatsızlıkları olan ve evsiz olan Angela gibi kadınlar, genellikle cinsel saldırı ve fiziksel şiddet mağdurlarıdır (Friedman ve Loue, 2007; Gearson, Kaltman, Brown ve Bellack, 2003).

DSM-5'e (APA, 2013) göre, yasa dışı madde veya ilaçların kullanılmasıyla ortaya çıkan psikotik belirtileri gösteren kişilere madde/ilaç kaynaklı psikotik bozukluk tanısı verilmelidir. Psikotik belirtiler halüsinasyonlar, sanrılar veya her ikisi olabilir. Kişi madde etkisindeyken veya maddeyi bıraktığı sırada görünebilir. Angela, birkaç yıldır sürekli olarak sesler duyduğunu itiraf etti, ancak bu deneyimler hakkındaki açıklamaları oldukça belirsizdi. Alternatif bir tanı şizofreni olabilirdi. Bununla birlikte, *DSM-5*, şizofreni tanısı için kişinin halüsinasyon, sanrılı inançlar, dağınık konuşma, katatonik davranış veya negatif belirtiler (duygusal sığlaşma)

gibi psikotik belirtilerin iki veya daha fazlasını gerektirmektedir. Angela, bu şizofreni belirtilerinden hiçbirini sergilemedi.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Angela'nın vakası, genel tanı kategorilerinden ziyade spesifik belirtilerin analizi ile ilgili ilginç sorular ortaya çıkarmaktadır. En uzun süren belirtileri işitsel halüsinasyonlardı; uzun yıllar, aslında olmayan sesleri duyuyordu. Halüsinasyonlar veya dışsal uyarılma olmadığında yaşanan algısal deneyimler, bazıları ruhsal bozukluklar ve birçoğu da ruhsal olmayan bozukluklar olmak üzere birçok çeşitli bozukluk ile ilişkilidir. Ruhsal bozuklukları olmayan bazı insanlarda da bulunurlar. Genel popülasyonda (yani, hasta olmayan kişiler) yapılan bir araştırmada, kategoriler "vücut dışındaki deneyimler"in yanı sıra, herhangi bir duyuya ait (işitme, görme, tat alma ve koku alma) halüsinasyonları içerecek şekilde geniş bırakıldığında örneklemin yüzde 39'u halüsinasyon deneyimleri olduğunu belirtmiştir. Halüsinasyonlar yaşadığını bildiren çoğu kişi, bu deneyimlerinin ayda bir defadan az olduğunu söylemiştir. Bunların sadece yüzde 2'si, halüsinasyonları haftada birden fazla deneyimlemiştir (Ohayon, 2000).

İşitsel halüsinasyondan sorumlu olan mekanizmalar henüz tamamen net değildir. Halüsinasyonları inceleyen klinik bilimciler, birbirini tamamlayıcı iki görüş üzerine odaklanmışlardır. Her görüş farklı bir analiz seviyesine odaklanmıştır. Birincisi, beyindeki nörokimyasal olayların seviyesine odaklanır. Beyin görüntüleme çalışmaları, işitsel halüsinasyonların beyindeki uzun işitsel yolaklardaki anormal sinirsel hareket örüntüleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Allen, Larøl, McGuire ve Aleman, 2008). Bunlara temporal loblar ve prefrontal korteks alanları dâhildir. Halüsinasyonların incelenmesine yönelik bir diğer yaklaşım, sinirsel faaliyetlerle ilişkili psikolojik faktörlere veya zihinsel mekanizmalara odaklanmıştır. Bilişsel çalışmalar, halüsinasyon yaşayan hastaların içsel algılarını, dışsal olaylara atfetmekte hatalar yaptığını göstermektedir (Laroi ve Woodward, 2007). Başka bir deyişle, bu insanlar kendi düşüncelerini ve diğer insanlardan gelen sesleri ayırt etmekte sorun yaşayabilirler (Johns ve ark., 2001).

Şiddet ve Ruhsal Bozukluklar

Ruhsal bozukluklar ve şiddet arasındaki bağlantı yıllarca tartışmalı bir konu olmuştur. Ne yazık ki, pek çok kişi şizofreni gibi rahatsızlıkları olan kişilerin cinayet ve saldırı gibi şiddet suçları işleme olasılığının daha fazla olduğuna dair yanlış bir inancı benimsemektedir (Harris ve Lurigio, 2007; Pescosolida, Monahan, Link, Stueve ve Kikuzawa, 1999). Bu inanç, ruhsal bozukluklarla bağlantılı bir etiketten—toplumsal reddedilmeye yol açan utanç veya itibar kaybetmenin bir işaretçisi— kısmen sorumlu

olabilir. Elbette, şizofreni ve diğer ruhsal bozukluk hastalarının çoğu, şiddet yanlısı veya alışılmadık derecede agresif değildir ve birçok şiddet içeren suç ruhsal bozuklukları olmayan insanlar tarafından işlenmektedir (Stuart ve Arboleda-Florez, 2001).

Bununla birlikte, ruhsal rahatsızlıkların şiddet riski ile ilişkili olmadığını söylemek de doğru değildir. Ruhsal bozukluk tedavisi gören kişiler, son derece heterojen bir grubu temsil eder. Belirtilerin bazı özel kombinasyonları, yüksek şiddet riski ile ilişkilendirilir. Örneğin, şizofreni ve duygudurum bozukluğu tanısı konmuş hastalar, aynı zamanda madde kullanım bozuklukları olmadıkça, toplumda yaşayan diğer kişilerden daha tehlikeli değildir. Madde bağımlılığı ve istismar ile ilgili problemler her iki grupta, özellikle de ruhsal bozukluğu olan kişilerde şiddet oranını arttırmaktadır (Steadman ve ark., 1998). Majör ruhsal bozukluklar ve madde veya alkol ile birlikte sorunlar yaşayan insanların agresif ya da şiddet içeren davranışlarda bulunma olasılıkları çok daha yüksektir. Bu nedenle, tek başına şizofreni veya depresyondan ziyade, bu sorunların birleşimi tehlikeyi ciddi şekilde arttırmaktadır (Walsh ve ark., 2004).

Kişilik bozuklukları da şiddet davranışı riski ile ilişkilidir. Şizofreni gibi majör bir ruhsal bozukluğu olan, aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerine sahip olan hastaların diğer insanlara karşı şiddet kullanma olasılığı daha yüksektir (Monahan, 2001; Nestor, 2002). Antisosyal özelliklere ek olarak, paranoid ve sınırda kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayan kişiler, özellikle alkol ve uyuşturucu kullanımıyla ilgili sorunların varlığında, diğer insanlardan daha agresif ve tehlikeli olabilirler (Tardiff, 2001). Angela uzun yıllar, özellikle agresyon ve dürtüsellik olmak üzere antisosyal kişilik özelliklerini sergilemişti. Dürtüselliği, madde bağımlılığına katkıda bulunuyor gibi görünüyordu. Ayrıca, bu dürtüsellik terapistinin, Angela ile tutarlı iletişim kurmasına, sabit bir ev ve iş bulmasına yardım etmeye çalışırken, Angela'nın karşılaştığı stres verici durumlar sorunları daha da şiddetlendirdi.

Erkekler, kadınlardan daha agresif ve şiddete eğilimlidir. Bununla birlikte, araştırmalar ruhsal bozukluklar, madde kullanımı ve şiddet arasındaki ilişkinin hem erkekler hem de kadınlar için geçerli olduğunu göstermektedir (Thomson, Bogue, Humphreys ve Johnstone, 2001). Örneğin, Finlandiya'da (ABD ile karşılaştırıldığında suç oranının daha düşük olduğu bir ülke) yapılan bir araştırma, cinayetten hüküm giymiş kadınlar arasındaki ruhsal bozukluk oranlarını inceledi. Bu kadınlar şizofreni kriterlerini karşılamaya toplumdaki diğer kadınlara göre daha yatkındı. Madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ilgili sorunlar da bu kadın grubunda daha yaygındır (Eronen, 1995).

Bazı psikotik belirti türlerinin de, şiddet davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bunların arasında göze çarpan belirtiler, kişinin kendisine belirli bir eylemi gerçekleştirmesi için emir veren sesler (halüsinasyonlar) duymasıdır. Bir başkasına zarar vermesini söyleyen bir ses duyan hastalar, bu talimatı takip edebilirler (Braham, Trower ve Birchwood, 2004). Şiddet içeren davranışlar, bir hastanın ajite durumda olması ve aktif olarak psikotik olması ve ayrıca madde kullanıyor olması ve hastalığına karşı tedavi olmaması ihtimallerinde, özellikle daha yüksektir (Swansonetal., 1997). Bazı uzmanlar, paranoid sanrılı hastaların diğer hastalardan daha tehlikeli olduğuna inanmaktadır. Sanrılar, kişinin durumları yorumlama şek-

lini değiştirerek şiddet eğilimini etkileyebilir. Başkaları tarafından tehdit edildiğini hisseden insanlar, şiddetli bir tepki vermekte haklı olduğunu düşünebilir. Angela paranoid sanrılarından bahsetmemiş olsa da, bıçakladığı adam tarafından tehdit edildiğini hissetmiş gibi görünüyordu. Tabii ki, o anda seslerin ona ne söylediğini bilmek imkânsızdır.

Ruhsal bozukluğu olan insanlar tarafından işlenen şiddet eylemlerinin kurbanları, genellikle aile üyeleri ve arkadaşlar olmaktadır. Bu nedenle, Angela saldırısı biraz farklıdır. Fakat aynı zamanda, bıçakladığı adam onu tahrik ettiği için bu durum anlaşılabilir. Bu gerekçe, saldırıyı haklı çıkarmıyordu, fakat Angela, adamın kendisini kullandığını söylüyordu. Angela yapılan haksızlığa itiraz ettiğinde ise adam düşmanca ve saygısız bir tavırla karşılık verdi. Umutsuz bir duygusal durumdaydı. O sırada uyuşturucu etkisinde değildi ama yoksunluk belirtileri başlıyordu ve bu belirtileri gidermek için madde arayışı içindeydi. Adamın Angela'dan yararlandığı ve sonra da onu aşağıladığı talihsiz bir anda bu saldırı gerçekleşmişti.

Tedavi

Ciddi ruhsal bozuklukları olan birçok erkek ve kadın, genellikle hastanelerde tedavi görmek yerine hapishanelerde tutulmaktadır. Fazel ve Danesh (2002), 12 farklı ülkedeki hapishane mahkûmları arasında (22.000'den fazla mahkûm) psikopatoloji yaygınlığını inceledikleri ve erkek mahkûmların yüzde 3 ile 7'sinin ve kadın mahkumların yüzde 4'ünün psikotik bozuklukları olduğunu buldukları çok sayıda çalışma yapmışlardır. Cezaevinde erkeklerin yüzde 10'u ve kadınların yüzde 12'sinin majör depresif bozukluk tanısı bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde mahkeme gününü bekleyen 1200'den fazla tutuklu kadın ile yapılan başka bir çalışmada, kadınların yüzde 80'den daha fazlası, en sık görülen tanı madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olmak üzere, en az bir ruhsal bozukluk için gereken tanı kriterlerini karşılamıştır (Teplin, Avram ve McClelland, 1996). Bu veriler, hapishanelerde ruhsal bozukluğu olan kişileri belirlemek ve bozuklukları için tedavi sağlamak için çarpıcı bir ihtiyacı göstermektedir.

Angela gibi hastaların geniş bir dizi tedavi hizmetine ihtiyacı bulunmaktadır. Birçok hasta zaman zaman akut psikoz atakları yaşamaya devam ettiğinden, hastane servisine yatış için yataklara ihtiyaç vardır. Hastaneye kabul edilmenin normal süresi 2 haftadan daha azdır; bu yüzden ruhsal-sağlık hizmetleri taburcu olduktan sonra da ulaşılabilir olmalıdır. Birçok devlet, kamusal psikiyatri hastanelerini kapatmıştır. Bu kapatmaların paradoksal bir etkisi, ciddi ruhsal bozuklukları olan hastalar için bakım maliyetinin diğer hastanelerdeki acil durum olanaklarından faydalandıkları için daha da artmış olmasıdır (Rothbard, Schinnar, Hadley, Foley ve Kuno, 1998).

Reçete edilen antipsikotik ilaçları almamak (*tedaviye uyumsuzluk* olarak bilinen bir problem), genellikle tekrarlayan psikoz nöbetleri ve yeniden hastaneye başvurma ile ilişkilidir (Perkins, 2002). Bu hastaların çoğu, son derece yıkıcı ya da tehlikeli davranışlarda bulunduktan sonra (ör., son derece tuhaf davranışlar sergilemek, intihar girişiminde bulunmak ya da diğer insanları tehdit etmek) hastaneye kabul edilmek-

tedir. Atipik antipsikotik ilaç kullanımı, tedaviye uyumsuzluğu azaltmaya yardımcı olabilir, çünkü bu ilaçların yan etkileri geleneksel veya klasik formdaki antipsikotik ilaçlardan daha az sıkıntılıdır.

Şiddet eğilimli hastalar, tedavileri sırasında sağlık çalışanları için önemli bir risk oluşturmaktadır. Ayrıca topluma geri döndüklerinde, diğer hastalardan daha agresif ve şiddet eğilimli olmaktadır. Ayakta tedavi hizmeti alanların şiddet içeren davranışlarda bulunma olasılığı tedaviyi bırakanlara göre daha azdır (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz ve Monahan, 2006). Ruhsal bozukluğu olan şiddet eğilimli hastaları tedavi etmek için en doğrudan yaklaşım, psikotik belirtilerini ele almaktır. Bu, genellikle ilaç tedavisi ile yapılır. Sonuç değerlendirme çalışmaları, atipik antipsikotik ilaçların, özellikle klozapinin, hastaların klinik durumlarında iyileşme sağlarken, aynı zamanda şiddet davranışlarında bir azalma da sağladığını göstermektedir (Citrome ve Volavka, 2000).

Psikotik hastalar arasında madde bağımlılığı yönetimi, son yıllarda dikkat çekmiş ve ele alması son derece zor bir sorundur (Tiet ve Mausbach, 2007). Maalesef, bu iki alan için —psikoz ve madde kullanım bozuklukları— tedavi hizmetleri genellikle entegre değildir. Hastalar çoğunlukla iki ayrı sistem içinde, farklı hedefler ve farklı kişilerle çalışmak zorundadır. Şizofreni belirtileriyle ilgili olarak antipsikotik ilaç ve psikososyal rehabilitasyon almak için bir ruh sağlığı kliniğine başvurabilirler. Madde veya alkol problemleriyle ilgili olarak da kişisel gelişim veya Adsız Narkotik veya Adsız Alkolikler gibi -12 adım destek programlarına katılabilirler. Programın sonraki adımı esnek olmayan hedefleri olduğu için (madde ve alkol kullanımı için toplam perhiz) ve bazen ilaç kullanımına karşı oldukları için psikotik bozukluğu olan kişilere ve özel problemlere yardımcı olabilir. Angela gibi hastaların birçok karmaşık ihtiyacına aynı anda hitap edebilecek özel, entegre tedavi programları geliştirmeye yönelik çabalar devam etmektedir.

Tartışma Soruları

1. Angela *DSM-5'teki* birçok farklı tanı kategorileri ile ilişkili belirtilerin dâhil olduğu geniş bir yelpazede problemler yaşamıştır. Hangisinin en önemli ya da temel olduğunu düşünüyorsunuz? Eğer onun tedavisinden sorumlu olsaydınız, ona yardım etmeye nereden başlardınız?
2. Birden fazla tanı kriterini karşılayan hastalar, ruh sağlığı hizmeti sağlayan kişiler tarafından tedavi edilen en ciddi rahatsızlıkları olan ve en az anlaşılabilen kişileri temsil eder. Bu kişileri anlamak ve ihtiyaçlarını karşılamanın önündeki en önemli engellerin ne olduğunu düşünüyorsunuz?
3. İşitsel halüsinasyonlar, Angela'nın belirti profilinin önemli bir parçasıydı. Ruhsal bozuklukların nedenleri ve tedavisi hakkındaki araştırmalar, tanı kategorilerine odaklanmak yerine (ör., şizofreni veya opiyat kullanım bozukluğu gibi), özel olarak halüsinasyonlar gibi belirtiler üzerine mi odaklanmalıdır? Ya da bu çaba, bir-

çok farklı tıbbi hastalığın bir belirtisi olan ateşin kökenlerini anlamaya çalışmakla benzer midir?

4. Bazı psikotik hastalar, hastalıklarıyla ilgili içgörüleri olmadığı için ilaç almak istemez. Diğer hastalar, ilaçların belirtilerin iyileştirmediğini düşünebilir; bazıları ise yan etkilerini oldukça sıkıntılı bulabilir. Psikotik hastalar, özellikle şiddet eğilimli olabileceklerine dair ipuçları varsa ilaç almak istemiyorlarsa bile, ilaç almaya zorlanmalı mı?

BÖLÜM 5*

Bipolar Bozukluk

Hastaneye yatırıldığında, George Lawler motor takmış gibi konuşuyordu. ABD Olimpiyat atletizm takımının antrenörü olduğunu söyleyerek ve hastanedeki diğer hastalara seçmelere katılmalarını teklif ederek hastalar ve koğuş personeline nutuk atıyordu. Hareketleri hızlı ve değişkendi, koğuş koridorlarında yürürken her odayı araştırdı. En ufak bir kışkırtmada hiddetleniyordu. Bir görevli hemşire, odasına girişini engellediği zaman, onu Olimpiyat Komitesi başkanına şikâyet etmekle tehdit etti. Üç gece boyunca uyumamıştı. Yüzü kirli sakal ile kaplıydı ve saçları dağınıktı. Gözleri çökmüş ve kanlanmıştı ama hâlâ yoğun bir heyecanla parıldıyordu.

Hayatı son iki hafta içinde köklü bir şekilde değişmişti. George 35 yaşında, evli ve iki küçük çocuk babasıydı. Beden eğitimi dersi verdiği ve hem erkek hem kadın atletizm takımlarına antrenörlük yaptığı küçük bir kolejde çalışıyordu. Bitap düşene kadar takımları olağanüstü bir sezon geçiriyordu. İkili mücadelede yenilmiyorlardı ve lig şampiyonluğunun favori adaylarıydı. Okul takımlarından biri şampiyon olalı yıllar olmuştu bu yüzden kampüs başarılarını yakından takip ediyordu. Aslında, atletizm o sezon dereceye giren okulun tek takımıydı.

Bu, George'un psikolojik problemler yaşadığı ilk zaman değildi. İlk ciddi epizot, üniversitedeki üçüncü yılında ortaya çıkmıştı. Belirli herhangi bir olay tarafından tetiklenmemişti; aslında her şey güzel gidiyordu. George, üniversitesinin futbol takımında savunma oyuncusuydu. Akademik olarak başarılıydı ve diğer öğrenciler arasında oldukça popülerdi. Ancak, George bahar döneminde her şeye olan ilgisini kaybettiğini fark etti. Derslere gitmek veya ders çalışmak için çok istekli olmaması şaşırtıcı değildi. Hiçbir zaman olağanüstü bir öğrenci olmamıştı. Fakat artık arkadaşları ile dışarı çıkmaktan da zevk almadığını fark etti. Arkadaşları her zaman depresif göründüğünü söylüyorlardı. George artık umursamadığını söylemişti. Kız arkadaşından kaçınmaya başladı ve bir araya geldiklerinde, onun yaptığı hemen hemen her şeyde hata buldu. Zamanının çoğunu evinde televizyon karşısında geçiyordu. Konsantrasyonu ciddi anlamda bozulduğu için ne seyrettiğinin fazla bir önemi yoktu.

*Çeviren: Klinik Psikolog: Selin Temizel

Eğlence olarak değil, bir oyalanma aracı olarak açık tutuyordu. Bahar dönemi futbol antrenmanına gitmediğinde, antrenör uzun bir konuşma için onu ofisine çağırdı. George, antrenörüne futbol oynamak için enerjisi olmadığını söyledi. Aslında, en kolay egzersizleri de yapabileceğini düşünmüyordu. Takım veya spordaki kendi geleceği umurumda değildi. Antrenör, George'un sorununun basit bir motivasyon eksikliğinden daha fazlası olduğunu düşünerek, öğrenci sağlık kliniğinde psikiyatrist olan bir arkadaşını ziyaret etmesi için onu ikna etti. George antidepresan ilaç kullanmaya ve bireysel psikolojik danışma seanslarına başladı. Birkaç hafta içinde normal işlevsellik düzeyine geri gelmişti ve tedaviye devam etmedi.

George ayrıca alışılmadık tutku ve enerji dolu dönemler yaşamıştı. Bir öğrenci olarak, sıklıkla dönem sonlarında günler boyunca sınavlar için çalışıyordu. Arkadaşlarının çoğu uyanık kalmak için amfetamin alıyordu, ama George sonsuz, içsel bir enerjiye sahip gibi görünüyordu. Geriye dönüp bakıldığında, bu dönemler (yani, tamamen mani olarak nitelemek için yeterli olmayan yüksek enerji dönemleri) hipomani epizotları gibiydi. Zamanında, bu epizotlar fark edilmeden geçti. George'un aşırı laf kalabalığına olan geçici eğilimi, uykuya ihtiyaç duymaması ve iddialı hedefleri patolojik görünmüyordu. Aslında, bu enerjik dönemleri oldukça verimli geçiyordu ve davranış aşırılıkları muhtemelen üniversitenin rekabet ortamına adapte oluyordu.

Sonra belirtileri ilk epizota benzeyen iki tane depresif epizot oldu. En son olay şimdiki hastaneye yatışından 8 ay önce ortaya çıkmıştı. Eylül ayıydı, sonbahar döneminin başlamasından 2 hafta sonraydı. George tüm yaz, işi ve takımı ile ilgili endişelenmişti. Devlet üniversitesine transfer olan yıldız koşucusunun yerini kim alacaktı? Takımın yüksek atlamacısı futbol sezonunda yaralanacak mıydı? Geçen yılki kazanma rekorunu geçebilecekler miydi? Geçen bir ay içinde, bu kaygıları sürekli ve tüketici bir hâl almıştı. George uyumakta sorun yaşıyordu; ayrıca gecenin bir yarısı sebepsiz yere uyanıyordu. Her zaman yorgun hissediyordu. Eşi ve çocukları her zaman düşünceli olduğunu ve meşgul göründüğünü fark etti. Sonra kötü haberler geldi. Önce, atletizm bölümü seyahat fonlarında beklediği artışı yapamayacaklarını haber verdi. Sonra yardımcı antrenörlerden birinin kendi bölümünü bitirmek için izin aldığını öğrendi. Bu olayların hiçbirinin gelecek sezon üzerinde ciddi bir etkisi olmayacaktı, ama George bunları felaket olarak algıladı. Duygudurumu, gerginlik ve kaygıdan bir ağır depresyona doğru değişti. Birkaç günün ardından, neredeyse tamamen tepkisiz olana kadar George gittikçe daha uyuşuk hâle geldi. Bir iki kelimeden fazla bir şeyler söylediğinde, konuşması yavaş ve monotondu. Yataktan kalkmayı reddederek, uzun saatler uyuyor ve diğer zamanlarda dalgın bir şekilde tavana bakıyordu. Atletizm yöneticisini aradı, yaşadığı küçük olayları kendi yetersizliğine delil olarak göstererek işten istifa etti. Örneğin, yardımcı antrenörün 6 ay önce yaşadıkları kısa bir tartışma yüzünden istifa ettiğine inanıyordu. Aslında, olumlu bir ilişkileri vardı ve aklında, daima okula bir süre sonra geri dönme planları vardı. Kişisel sebeplerden dolayı beklediğinden daha erken bir zamanda ayrılıyor-

du. George her şey için kendini suçluyor gibiydi. Karısı ve çocuklarından bir koca ve baba olarak onları yüzüstü bıraktığı için çok fazla özür diledi. Umutsuzluğu gerçek gibi görünüyordu. İntihar o sırada tek mantıklı çözüm olarak göründü. Ailesi onu yalnız bıraktığında her şeye son vermekle tehdit etti.

George'un karısı Cheryl, son nöbeti sırasında (2 yıl önce) onu tedavi eden psikiyatristi aradı ve özel bir randevu ayarladı. Psikiyatrist manik epizotların tedavisinde, ayrıca bipolar hastalarda (hem manik hem depresif dönemler yaşayan) da etkili bir antidepresan olarak kullanılan lityum karbonat reçete etmeye karar verdi. George şimdiye kadar hiç manik epizot yüzünden hastaneye yatırılmamasına rağmen, psikiyatrist "manik benzeri" davranış geçmişi (artan enerji, uykusuzluk, aşırı özgüven vb.) ve bipolar bozukluk için pozitif aile öyküsünün hem bipolar bozukluk tanısı ile tutarlı olduğunu belirtti. Lityum etkili olmuş gibi görünüyordu. Üç hafta sonra, George çalışmaya geri dönmüştü. Lityum dozu, gelecekteki duygudurumu geçişlerinin sıklığını ve şiddetini azaltacak şekilde ayarlandı.

Tam olarak ortaya çıkan ilk manik dönemi aniden gelecek bahar sezonunun sonuna doğru başladı. Takım iyi bir yıl geçiriyordu ve birkaç takım üyesi olağanüstü bireysel performanslar göstermişti. Ligin başlamasından iki gün önce, Cheryl George'un garip davrandığını fark etti. Karşılama için yaptığı hazırlıklarda içgüdüsel bir nitelik vardı. Çok daha uzun saatler çalışıyordu ve sporculardan daha fazla şey talep ediyordu. Evdeyken sürekli, ulusal olarak tanınma şansları ve özellikle önemli etkinliklerde karmaşık stratejiler planlamayla ilgili olarak, takım hakkında konuşuyordu. Cheryl, George'un bu davranış değişiklikleri hakkında endişeliydi, fakat bunları işindeki baskılara bağladı ve sezon bittiğinde normale döneceğine kendi kendini inandırdı.

George, açıkça kendi davranışları üzerindeki kontrolünü kaybediyordu. Sonrasında, karşılaşma günü meydana gelen şu olay, yaşadığı rahatsızlığın niteliğini göstermektedir. Erkekler takımı sahaya çıkmadan önce soyunma odasında giyinirken, George empatik hareketlerle bu gibi özel karşılaşmaların uzunluğu ve kazanmanın değeriyle ilgili konuşarak, hızla koridorlarda aşağı yukarı yürüyordu. Hepsi üniformalarını giydiğinde, George onları kendi dolabı etrafında topladı. Cheryl'in haberi olmadan, şömine rafından bir kılıç almıştı ve sabah gelirken yanında getirmişti. Dolabından kılıcını çıkardı ve oyuncuların ortasında bir bankın üzerine sıçradı. Kılıcı başının üstünde sallayarak, okulun mücadele şarkısını söylemeye başladı. Sporcular da katıldı ve sahaya çığlık atarak ve havada yumruklarını sallayarak çıktılar. Okul gazetesi için bir muhabir daha sonra bu olayı soyunma odasında gördüğü en ilham verici oyun öncesi performans olarak niteledi. Hiç kuşkusuz, takım olağanüstü duygusal bir zirve için motive oldu ve büyük bir farkla karşılamayı kazanmak için oynadılar. Aslında, George'a daha sonra okulun yılın antrenörü ödülü verildi. Karşılaşma öncesi davranışları özellikle üstün liderlik vasıflarına örnek olarak gösterildi. Ne yazık ki, bu eylem psikopatolojinin

başka bir dışavurumu ve yakında ortaya çıkacak olan başka sorunların bir işareti olmuştur.

George, karşılaşmadan sonra eve dönmedi. Bölge karşılaşmasına hazırlanmak için gece boyunca çalışarak ofisinde kaldı. Cheryl, ancak yanındaki ofiste çalışan arkadaşını arayarak onu bulabildi. Karısı ve meslektaşları, onu yavaşlaması için ikna etmeye çalıştı ancak dinlemedi. Ertesi sabah, okul gazetesinden bir muhabir George'un yanına geldi. Bu, George için bir antrenör olarak yeteneğini açıklamak ve gelecek karşılaşmalar için yaptığı heyecanlı planlarını kamuya duyurmak için mükemmel bir fırsattı. Görüşme, George'un üç saat boyunca hiç bölünmeden konuştuğu büyüklenmeci bir nutuğa dönüştü. Muhabir ne onu bölebildi ne de bu beklenmedik ve can sıkıcı durumdan kendisini kurtarabildi.

Görüşme George için tam bir felâket hâline geldi. George, diğer şeylerin yanı sıra, kadın takımından bir yıldız yüksek atlamacıyı Oregon'daki NCAA ulusal karşılaşmasına göndereceğini söyleyerek övündü. Onun yanında gitmeyi planlıyordu ve bu yolculuğun masraflarını yakın tarihli bir bağış toplama fonunun gelirlerinden ödeyeceğini söyledi. Bu duyuru iki açıdan şaşırtıcıydı. İlk olarak; söz konusu para, atletizm bölümü tarafından kolej parkurlarının iyileştirilmesi ve yerli çocuklar için koşu kliniklerine sponsorluk yapmak için kullanacağı konusunda güvence altına alınmıştır. George'un fonları yeniden yönlendirme yetkisi yoktu. George'un duyurusunun, parayı organize eden liderleri öfkelendireceği kesindi. İkinci olarak, oldukça çekici bir kadın atlete evli bir erkek antrenörün eşlik etme ihtimali, küçük ve muhafazakâr topluluklarında ufak çapta bir skandal yaratabilirdi. Bu planların tuhaflığını fark eden muhabir, George'a aceleci duyurusunu tekrar gözden geçirmek isteyip istemeyeceğini sordu. George, gazeteciden sözlerini alıntılamasını isteyerek – her sene güzel bir kızla özgürce bir geziye çıkma şansının olmadığı ve bunu kaçırmayacağı– yanıtını verdi. Bunun, gerçek bir romantizme dönüşebileceğini de ekledi.

Makale, ertesi sabah, George'un resmî ile birlikte okul gazetesinin ön sayfasında yayımlandı. Karmaşık görünümü ve ölçüsüz açıklamaları, atletizm bölümü ve okul idaresinde anlık bir sansasyon yarattı. Bölüm başkanı bir dizi uzun süreli görüşmeler yaparak, sonunda George'u ofisinde buldu. Yönetici olarak bir açıklama istedi ve bir anda kendisini kulak tırmalayan bir bağırışın ortasında buldu. George, Olimpiyat takımının baş antrenörü olarak seçildiğini iddia etti. Şu anda, önümüzdeki ay oyuncu seçmelerini organize etmek için ülke genelindeki potansiyel yardımcı antrenörleri ve atletleri arıyordu. Herhangi bir müdahalenin, bu kadar seçkin bir rekora sahip bir antrenör tarafından yönetilen bir takıma karşı yarışmak istemeyen yabancı ülkelere atfedileceğini iddia etti.

Bölüm başkanı, George'un şaka yapmadığını ve onunla mantıklı bir şekilde iletişim kuramayacağını fark etti. Kendi ofisine geri döndü ve Cheryl'i aradı. Cheryl geldiğinde de George'u yardıma ihtiyacı olduğu konusunda ikna edemediler. Sonunda, tek seçeneklerinin, daha sonra George'u bir psikiyatri hastanesine götürecek olan, bir

polis çağırmak olduğunu anladılar. Bir ön değerlendirmenin ardından, George için 2 gün gözlem yapılmasına karar verildi. Sorunlarının ciddiyetini anlamadığı ve ailesi ve hastane personeli ile iş birliği yapmayı reddettiği için istemsiz bir onay sürecinin izlenmesi gerekiyordu. Bir psikiyatristin, mahkemede George'un kendisi veya başkaları için tehlikeli olabileceğini ifade etmesinin ardından, ertesi gün karar bir hâkim tarafından imzalanmıştı.

Sosyal Geçmiş

George'un çocukluğu birçok bakımdan sıradan özellikler taşıyordu. Babasının tarih öğretmeni olduğu ve lise futbol takımına antrenörlük yaptığı küçük, ortabatıdaki bir kasabada büyüdü. Bir büyük abisi ve iki küçük kız kardeşi vardı. Çocukların hepsi ortalama öğrencilerdi ve oldukça atletiklerdi. George bütün sporları severdi ve çoğunda başarılıydı. Devlet üniversitesinden futbol bursu kazandığında, herkes profesyonel olarak futbol oynamaya devam etmesini bekledi.

Arkadaşları arasında daima popülerdi. Ona lider gözüyle baktılar ve o da bu rolünden memnun görünüyordu. O ve arkadaşları yaramaz çocuklardı, ancak asla ciddi disiplin problemleri yoktu. Bazı arkadaşları lisedeyken alkol içmeye başlamasına rağmen, George onlara katılmayı her zaman reddetti. Babası ağır bir alkolikti ve onun yolundan gitmek istemiyordu. Birkaç yıl süren alkol probleminden sonra, George'un babası Adsız Alkolikler'e katıldı ve alkol kullanmadı. Herkes, davranışında önemli bir değişiklik olduğunu kabul etti.

George'un dayısı da ciddi uyum problemleri yaşadı. Dayısı, George'un annesinden birkaç yaş büyüktü ve önemli olaylar George doğmadan önce meydana gelmişti. George bu nedenle ayrıntılardan emin değildi, ancak ona dayısının saldırgan davranışların ardından iki kez hastaneye kaldırıldığı söylenmişti. Daha sonra hastane kayıtlarına bakıldığında, bunların aslında manik epizotlar olduğu doğrulandı. Dayısına "akut şizofrenik reaksiyon" tanısı konmuş olmasına rağmen, güncel tanı kriterleri kesinlikle bipolar bozukluk tanısı olduğunu gösteriyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

George hastaneye kabul edildiğinde tamamen kontrolden çıkmıştı. Birkaç gündür uyumamış olmasına rağmen, enerjisi çok yüksekti. Fiziksel olarak bir tükenme durumuna yaklaşıyordu. Psikiyatrist, hemen şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik bir ilaç olan haloperidol (Haldol) dozunu verdi. George'un epizot başlangıcından önce lityum karbonat kullanması gerekiyordu, ancak kan-lityum düzeyi kontrol edildiğinde reçete edilen prosedürü takip etmediği anlaşıldı. Bu nedenle, ilk gününde 900 miligram lityum dozu kullanmaya başladı. Bu doz, sonraki 2 hafta içinde günde 1,800 miligrama yükseltildi. Hastane hemşireleri, personeli kandaki lityum seviyesinin litre

başına 1,4 mili-eş değer maddeyi (miliekivalen/litre)– zehirli etkilerin bekleneceği nokta–geçmediğinden emin olmak için her üç günde bir kan testleri yaptı. 3 hafta sonra, Haldol kullanımı durduruldu ve George günlük olarak lityum dozları almaya devam etti (günde 2,100 miligram).

George ve Cheryl'e bir kez daha lityum almanın potansiyel tehlikelerine ilişkin özel olarak bilgilendirildi. Uygun bir diyetin ve özellikle normal düzeyde tuz alımının önemi vurgulandı. Ayrıca lityum zehirlenmesinin erken uyarı işaretçileri (ör., mide bulantısı, gastrointestinal rahatsızlık, kas güçsüzlüğü) hakkında da bilgi verildi; böylece dozaj azaltılması gerekiyorsa George'un psikiyatristini uyarabileceklerdi.

Buna ek olarak, George bir dizi başka terapötik etkinliklerde bulundu. O ve diğer hastalar grup psikoterapi seansları için günlük olarak bir araya geldiler. Ayrıca, hastaların kendi ilgilerine göre seçebilecekleri rekreasyonel ve mesleki etkinlikler de vardı. Akşam saatlerinde aile üyeleri ve yakın arkadaşlar tarafından yapılan ziyaretlere gitmeleri teşvik edildi. George'un davranışları iyiye gittiğinde, kısıtlı statüsünden çıkarılmış ve koğuştan kısa süreler için ayrılmasına izin verilmiştir.

George 3 hafta sonra hastaneden taburcu edildi. Davranışları çarpıcı bir biçimde iyileşti. Hastanedeki ilk birkaç gün, onunla ilgilenen herkes için zor geçmişti. Tüm gün kapalı koğuşta olma rutini bozulduğu için çok heyecanlıydı. Yemek zamanları tamamen düzensizdi ve hastaların gece uyumaları gereken zamanda, bağırarak ve ilk kez uyku partisine giden bir çocuk gibi etrafta koşuyordu. Sonunda fiziksel yorgunluk başlamıştı. Neredeyse tamamen tükenme durumuna geldi. 3 günün büyük bir kısmında uyuduktan sonra, George'un tavırları biraz daha kontrol altına alınmıştı. Olimpiyat şöhretiyle ilgili büyüklenmeci düşüncesinden vazgeçti, artık konuşmasını ve motor davranışlarını daha iyi kontrol ettiği görülüyordu. Fakat buna rağmen normale dönmedi. Tutarsız konuşmaları hâlâ devam ediyordu ve kadın hastane personeliyle flört etmeye devam ediyordu. Duygudurumu sabit değildi ve komiklik ve hızlı sinirlenme arasında dalgalı bir hâl aldı. Diğer hastaların çoğunun aksine, George sosyal ve enerjikti. Grup etkinlikleri düzenledi ve kendini hasta olarak değil, hastane görevlisi olarak gördü.

Bu kalıntı (arda kalan) belirtiler geçen 2 hafta içinde giderek azaldı. Gönüllü statüye geçti ve önceki durumunun ciddiyetinin farkına vardı. Geriye dönüp baktığında, ona neşeli ve eğlenceli gelen olaylar şimdi kâbus gibi görünüyordu. Aklından geçen uçuşan düşünceleri söylemeye dili yetişmiyordu. Tamamen lig karşılaşması ve yaklaşan etkinliklerle meşgul olmuştu. Soyunma odası olayı, kılıç ile birisine ciddi şekilde zarar verebileceği ihtimalini kabul ettiği için kaygılanmasına neden oldu.

Hastaneden taburcu olduktan sonra, George belli bir dozda sabit olarak lityum almaya devam etti. Bireysel psikoterapi için düzenli olarak bir polikliniğe başvurdu ve kandaki lityum seviyeleri takip edildi. George ve Cheryl aynı zamanda iki amaçla birleşik terapi seanslarına başladılar. Kendi ilişkilerini düzeltmeleri gerekiyordu ve ayrıca çocuklarıyla etkileşimde bulunmak ve onları kontrol altına almak için

daha etkili araçlar edinmek istediler. Tedavi programının bu yönü başarısız oldu. Cheryl, George'un manik epizot sırasındaki davranışlarından ciddi olarak utanmıştı. En acımasız darbe, George'un başka bir kadına karşı hissettiklerini ilan ettiği gazete makalesiyle geldi. İkisi de ilişkilerini geliştirmek için ciddi çaba sarf etmelerine rağmen, bu olay George ve Cheryl arasındaki gerilime aşılmaz bir duvar oluşturuyor gibi görünüyordu. Terapist, terapi seansları boyunca etkileşimlerinde bir iyileşme olduğunu fark etti, ancak evde periyodik olarak şiddetli kavgalar yaşamaya devam etti. Cheryl, sonunda durumun umutsuz olduğuna karar verdi ve George hastaneden taburcu edildikten 6 ay sonra boşanma davası açtı.

George, elbette bu gelişme ile sarsıldı, ancak ciddi şekilde depresif olmaktan kaçınıyordu. İş arkadaşları, özellikle Cheryl ve çocukların başka bir eve taşınmasından sonraki ilk haftalarda önemli bir sosyal destek kaynağıydı. Bu dönemde terapistiyle daha sık görüştü ve lityum karbonat almayı sürdürdü.

Tartışma

Duygudurum bozuklukları, kişinin duygusal durumunun ciddi ve uzun süreli rahatsızlığı ile karakterizedir. Bu bozulma, depresyon veya coşku şeklinde olabilir. Buna uyku düzeninde, iştahında ve aktivite düzeyinde değişiklikler de dâhil olmak üzere bir dizi başka sorun eşlik eder.

Bu geniş kategoriyi daha homojen gruplara ayırmak için birçok sınıflandırma sistemi kullanılmıştır. Şu anda en faydalı görünen *DSM-5*'teki (APA, 2013) sınıflandırma sistemi bipolar bozukluklar ve depresif bozukluklar arasında bir ayrım yapmaktadır. Bipolar bozukluklarda, hasta *manik epizotlar* olarak bilinen aşırı coşku (ve/veya sinirlilik) dönemleri yaşar. Bu manik dönemleri, bazı hastaların inişli çıkışlı bir trene benzediği, öngörülemeyen bir tür duygusal döngü oluşturan, normal duygudurumu dönemleri ve ciddi depresyon dönemleri izler. Öte yandan, depresif bozuklukları olan hastalar, zıt uçlara sapmadan ciddi bir depresyon dönemi yaşarlar. George depresif belirtilerin yanı sıra, manik belirtiler de sergiledi; bu nedenle problemi bipolar bozukluk olarak tanılanmıştı.

DSM-5, manik epizotu, kişinin duygudurumunun en az bir hafta sürecek şekilde anormal olarak yükseldiği veya kişinin karakteristik özelliklerinden farklı olarak huysuz olduğu bir dönem olarak tanımlar. Duygudurumdaki bu değişim, epizot boyunca neredeyse her zaman gözlenebilir olmalıdır. Dahası, kişi enerjisinde veya hedefe yönelik etkinliklerde, çalışmak için aşırı bir zaman ayırmak gibi, belirgin bir artış yaşamalıdır. Bu çarpıcı değişikliğe, yedi mani belirtisinden en az üçü eşlik etmelidir. Bunlar aşırı abartılı benlik saygısı, uyku ihtiyacında azalma, konuşkanlığın artması, yarışan düşünceleri, dikkat dağınıklığı, hedefe yönelik etkinlikte bir artış ve potansiyel olarak zararlı davranışlarda belirgin bir artışı (ör., çok fazla para harcamak veya uygunsuz cinsel aktivitelerde bulunmak gibi) içerir. Manik epizot yaşayan birisi, *DSM-5*'e göre Bipolar I Bozukluk tanısı alacaktı. *DSM-5 Tanı Öl-*

çütleri Başvuru Elkitabı, kişinin manik epizot öncesinde veya sonrasında depresif dönemler yaşamış olabileceğini ancak teşhis için bunların şart olmadığını belirtir.

Daha az şiddetli bir bipolar bozukluk biçimi, manik epizot olarak kabul edilebilecek kadar şiddetli olmayan, coşkulu duygudurum ve enerjide artış dönemleri olarak deneyimlenir. Bunlara *hipomanik ataklar (epizot)* adı verilir. *DSM-5*'e (APA, 2013) göre en az bir majör depresif epizot, en az bir hipomanik epizot yaşayan ve tam olarak bir manik epizot yaşamayan bir kişiye Bipolar II Bozukluk tanısı konmaktadır. Hipomanik bir epizot, manik epizot ile aynı belirtilerle tanımlanır, ancak belirtilerin minimum süresi 1 haftadan ziyade 4 gündür. Ayrıca, hipomanik bir dönemde, duygudurum değişimi başkaları tarafından da fark edilebilir olmalıdır, fakat aynı zamanda sosyal veya mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açmamalı veya hastaneye yatışı gerek olmamalıdır. Duygudurum değişimi o kadar şiddetli hâle gelirse manik epizot olarak kabul edilir.

DSM-5'te listelenen başka bir bipolar bozukluk tipi *siklotimi* olarak bilinir. Bu, bipolar bozukluğun kronik ancak daha az şiddetli bir şeklidir. Siklotimi için kriterleri karşılayan kişiler, 2 yıllık bir süre içinde birkaç hipomanik epizot ve birkaç minör depresif dönem yaşarlar. Bununla birlikte, ilk 2 yıl boyunca majör depresif epizot ya da manik epizot kriterlerini karşılayacak kadar şiddetli rahatsızlık dönemleri yaşamazlar.

Genel popülasyondaki duygudurum bozukluklarının yaygınlığıyla ilgili tahminler oldukça tutarlı kalıplar göstermektedir (Waraich, Goldner, Somers ve Hsu, 2004). Ulusal Eştanı Araştırması-Tekrarı (NCS-R) çalışmasında, Bipolar I Bozukluk için yaşam boyu yaygınlık yüzde 1,0 ve Bipolar II Bozukluk için ise yüzde 1,1 olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluk için belirli kriterleri karşılayan kişilere ek olarak, birçok kişi tekrarlayan hipomani epizotlarından etkilenir ancak *DSM-5*'e göre bu tam olarak resmî bir tanı için uygun değildir. Eşik altı bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı NCS-R'de yüzde 2,4 idi. Majör depresyon için yaşam boyu yaygınlık oranı - yüzde 16,2 – çeşitli bipolar bozukluk formları oranından çok daha yüksektir (Kessler, Merikangas ve Wang, 2007).

Depresif ve bipolar bozukluklar arasında başlangıç yaşı ve bozukluğun gidişatı açısından da önemli farklılıklar bulunmaktadır (Johnson ve Kizer, 2002). Bipolar hastalar depresif hastalara göre ilk kez epizot ortaya çıktığında, genellikle 20-30 yaşları arasında, daha genç olma eğilimindedir. Bipolar hastalar, sonraki yıllarda daha fazla sayıda psikotik dönem geçirme eğilimi gösterirler. Hem depresif hem de bipolar bozukluklar, sosyal ve mesleki işlevlerde önemli bir bozulmaya sebep olmaktadır. Nitekim eşik altı bipolar bozukluklar, NCS-R'de majör depresyonda görülen rol bozukluğundan daha fazla değilse de rol bozukluğu ile ilişkilidir (Kessler ve ark., 2007).

George'un durumu, manik depresif bozukluğun klasik bir görüntüsüdür. Belirtilerin erken bir başlangıcı vardı ve epizotlar arasında nispeten bir iyileşme gösterdi. Davranışları, her manik epizot boyunca bu kadar yıkıcıydı ki, sosyal ve mesleki alanlar için uzun vadeli olumsuz sonuçlar doğurmuştu. İşiyle ilgili ciddi problemler yaşadı ve evliliği boşanma ile sonuçlandı.

Etiyolojik Değerlendirmeler

George'un dayısının manik dönemler yaşadığı gerçeği duygudurum bozukluklarında genetik faktörlerin rolüyle ilgili literatür ile tutarlıdır. Birçok çalışma, duygudurum bozukluğu olan hastaların biyolojik akrabalarının genel popülasyondaki insanlardan daha fazla duygudurum bozukluğu geliştirdiğini bulmuştur. Bu veriler genellikle "maruz kalma riski" ya da bireylerin ömrü boyunca hastalığa yakalanma olasılığı açısından raporlanmaktadır. Birçok çalışma, şimdi depresif bozukluğu olan kişilerin yakınlarının depresyon için yüksek risk altında olduklarını, ancak bipolar bozukluk görülme olasılığının düşük olduğunu bildirmiştir (McGuffin ve ark., 2003). Bipolar hastaların akrabaları, diğer yandan hem depresif hem de bipolar bozukluklar için yüksek bir risk altındadır. Bu veriler genellikle bipolar bozukluk ve depresif bozukluğun genetik olarak farklı olduğunu belirtmek için araştırılmıştır. George'un aile geçmişinde bipolar bozukluk olması, bipolar bozukluğun tanılanmasına yardımcı olarak düşünülebilir ve aslında manik epizot ilk olarak tümüyle ortaya çıkmadan önce lityum karbonat kullanmayı denemesi için ona yardımcı olabilirdi.

Genetik faktörler bipolar bozukluğun gelişiminde rol oynamakla birlikte, bunu tamamen açıklayamazlar. Kişinin hayatı boyunca yaşadığı çeşitli deneyimlerin hastalığın seyrini etkilemesinin yanı sıra, psikotik belirtilerin başlangıcını veya dışavurumunu da etkilemesi gerekir (Miklowitz ve Johnson, 2009). Genel kabul gören yatkınlık-stres modeli, bipolar hastaların bozukluğa tanımlanamayan genetik bir yatkınlıkları olduğunu ve bu yatkınlığın sonraki çevresel etmenlere bağlı olduğunu savunmaktadır. Stresli yaşam olayları, bozukluğun seyrinde, özellikle de hastalığın tekrarlanmasında sıklıkla önemli bir rol oynamaktadır (Cohen, Hammen, Henry ve Daley, 2004).

George'un vakasında, antrenörlük yapma ile bağlantılı rekabetçi atmosferin, manik belirtilerinin başlangıcı veya depresif dönemleri tetikleyip tetiklemediği araştırılabilir. Manik epizottan önceki haftalar her zamankinden daha yoğun geçmişti. Takımları kazanıyordu ve bu yüzden atletizm bölümü yönetimi, sezonun final karşılaşmalarına büyük önem veriyor gibi görünüyordu. George'un bakış açısından bakıldığında, bu üzerinde çok büyük bir baskıya neden oldu. İşteki baskılar ayrıca ailevi sorumluluklarıyla da iyice arttı. Ekibiyle daha fazla vakit geçirmeye başladığında, eşi giderek hoşnutsuz ve huzursuz oldu. Eşinin talepleri antrenörlük sorumluluklarıyla birleşince George'u zor durumda bıraktı; takımın kaybedeceği ihtimalini arttırarak, antrenman planlaması ve çalışmaları için harcanan süreyi azaltabilirdi veya boşanma olasılığını arttırarak karısı ve çocuklarıyla geçirdiği süreyi azaltabilirdi.

George'un ailesi ile olan ilişkisi, duygudurum bozukluklarının birbirini etkileyen karmaşık niteliğini göstermektedir. Bipolar hastaların evliliğe uyumları, araştırma literatüründe büyük ilgi görmüştür ve bipolar hastaların boşanma olasılıklarının depresif bozukluk hastalarına veya toplumdaki diğer insanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bipolar hastaların evliliğe uyumları, bipolar hastaların boşanma olasılıklarının depresif bozukluk hastalarına veya toplumdaki diğer insanlara göre

daha fazla olduğu gösterilerek bu konu araştırma literatüründe büyük ilgi görmüştür (van der Voort, Gossens ve van Der Bijl, 2007). Bir aile içindeki duygusal atmosfer de hastanın sosyal işlevselliği ve bozukluğun seyri ile ilgilidir. Stresli bir aile ortamında yaşayan hastalarda, hastalık stres seviyeleri düşük olan ailelerin hastalarından çok daha fazla nüks etmektedir (Miklowitz, 2007).

George'un durumu muhtemelen manik hastaların yaşadığı problemlerin tipik bir örneğiydi. Cheryl, onun dengesiz davranışları nedeniyle George ile toplum arasında bir tampon görevi yapmak zorunda kaldı. İş yerinde tuhaf davrandığında, meslektaşları ona bu davranışlarının sebebini sormak için aradılar. Chreyl, George'un problemlerinin kişisel detaylarını paylaşmaktan kaçınarak, her seferinde kendisini onun için mazeretler uydururken buluyordu. Bu çabaları, George'un devam eden aşırılıklarıyla "ödüllendirildi". Cheryl giderek kendini bir kurban olarak görmeye başladı. Lisans öğrencisi ile olan son olay, bardağı taşıran son damla oldu. George'un davranışlarının tutarsızlığı nedeniyle, Cheryl tarafından anlaşılması ve kabul edilmesi daha da zordu. Her zaman mantıksız veya kontrolden çıkmış olsaydı, bu sorunların kolayca bir psikiyatrik bozukluğa atfedilebileceğini savundu. Bununla birlikte, epizotlar arasında ve çoğunlukla, George çok makul, düşünceli bir kişiydi. Cheryl, bu kadar kısa sürede böylesine büyük ölçüde değişebileceğine inanmakta güçlük çekti. İlk düşüncesi, bu vahşi, manik davranışlarını George'un içinde bulunan kötü niyete bağlamak oldu. George depresyona girdiğinde Cheryl sıklıkla kendisini suçladı. Sonunda problem, halledebileceğinden çok daha fazla büyüdü.

Tedavi

Lityum, bipolar bozukluklar için tercih edilen bir tedavi yöntemidir. Lityum tuzlarının terapötik etkileri, ilk olarak 1949'da Avustralyalı bir psikiyatrist olan John Cade tarafından öne sürüldü. İlacı 10 manik hastadan oluşan bir grupta kullandı ve gözle görülür sonuçlar elde etti. Tedavi edilemez olarak görülen kronik hastalar bile, birkaç gün içinde olumlu yanıt verdi. Lityum kesildiğinde, hastalar genelde önceki vahşi davranış biçimlerine geri döndü.

Diğer klinisyenler de hemen lityum kullanımını araştırmaya başladı ve benzer sonuçlarla karşılaştı. Lityumun etkileri hakkındaki olumlu izlenimler daha sonra yapılan birkaç kontrollü çift körlemesine çalışma ile doğrulanmıştır (Young ve Newham, 2006). Aslında lityum depresif hastalar için olduğu kadar manik hastalarda da yararlı olabilir. Bu, özellikle bipolar hastalar için geçerlidir. Çift kör araştırma yöntemleri ve plasebo kontrol gruplarını kullanan bazı çalışmalar, lityumun manik epizotun tekrarlamasını önlemede etkili olduğunu ve muhtemelen bipolar hastalarda tekrarlayan depresyonu önlemede etkili olduğu sonucuna vardı (Smith, Cornelius, Warnock, Bell ve Young, 2007).

Diğer ilaç formları da, bipolar bozuklukların tedavisinde de faydalı olabilir. Örneğin, karbamazepin (Tegretol) ve valproik asit (Depakote) gibi bazı antikonvülzan ilaçlar, lityuma cevap vermeyen hastalarda sıklıkla iyileşmeye yardımcı olur. Bipolar hastaların yaklaşık yüzde 40'ı tek başına lityum tedavisine yeterli klinik yanıt verme-

diği için bu önemli bir husustur. Bunlar, çoğunlukla duygudurumları hızla değişen hastalardır. Antikonvülzanlar, tek başına ya da lityum ile kombinasyon hâlinde kullanılabilir (Nasrallah, Ketter ve Kalali, 2006).

George hastanede kaldığı kısa süre boyunca lityum tedavisine olumlu yanıt verdi ve buradan taburcu olduktan hemen sonra işine döndü. Manik epizota, kısmen ilacını düzenli olarak almamış olması neden olmuş olabilir. Bu, psikofarmakolojik tedavinin tüm formları için ciddi bir sorundur. Kendi problemlerinin ciddiyetine dair içgörüsü olmayan psikotik hastalarda özellikle daha şiddetlidir. Hastayı bu konuda eğitmek için genellikle her türlü çaba gösterilir. Aile üyelerinin iş birliğine genellikle günlük dozların düzenlenmesine yardımcı olmak için başvurulur. Ayrıca lityumun tehlikeleri, ayakta tedavi gören hastaların kandaki lityum seviyelerini takip etmek için düzenli olarak kontrol edilmesini gerektirir. Bu önlemlere rağmen, birçok hasta tekrarlamayı önlemek için planlanmış ilaç tedavilerini takip edememektedir.

Psikoterapi, bipolar bozukluğu olan birçok hastanın tedavisinde de önemli bir rol oynamaktadır (Benyon, Soares-Weiser, Wollacott, Duffy ve Geddes, 2008; Geller ve Goldberg, 2007). Psikoterapi, lityum veya diğer ilaç türleri ile birlikte kullanıldığında, hastalarda daha sonraki epizotları tetikleyebilecek sosyal koşullarla baş etmesine yardımcı olabilir. Bunlara aile çatışması ve stresli yaşam olayları dâhildir. Tedavi, kişinin iletişim becerilerini ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi ve kişiler arası ilişkileri güçlendirmeyi hedefleyebilir (Frank, 2005). Psikolojik müdahaleler, hastaların lityum ve diğer ilaçları almayla ilgili çekincelerini belirleyip bunları ele alarak ilaç uyumluluğunu artırmak için de kullanılabilir.

Tartışma soruları

1. Bipolar bozukluğu olan hastalar, olağanüstü derecede iyimser ve üretken hissettikleri hipomani dönemlerinden vazgeçmek istemedikleri için, ilaçlarını almaya gönülsüzdür. Bipolar bozukluğu olan ve ilacı almayı istemeyen yakın bir arkadaşınıza ne söylerdiniz?
2. Bipolar bozukluk aile ilişkileri üzerinde yıkıcı bir etkiye neden olabilir. Bipolar hastaların (özellikle de bir manik epizot sırasındaki) eşlerinin bu davranışlarını psikolojik bir bozukluğun parçası olarak anlamasını ve kabul etmesini özellikle zorlaştıran belirli davranışları var mıdır (sadece kötü yargıdan ziyade)?
3. Resmî sınıflandırma sisteminde bipolar bozukluk ve depresif bozuklukların birbirinden ayrılması hangi kanıtlarla desteklenmektedir? Hangi açılardan farklıdır? Hangi açılardan benzerdir? Duygudurum bozukluklarının daha homojen alt tiplerine bölünebileceği diğer yolları düşünebilir misiniz?
4. Bipolar bozukluk tanısı olan kişilerin, özellikle stresli olan etkinlik ve meslekleri araştırmasının diğer insanlara oranla daha olası olduğunu düşünüyor musunuz?

BÖLÜM 6*

Majör Depresif Bozukluk

Janet 5 yaşındaki oğlu Adam'a birisinin yardım edip edemeyeceğin sormak için ruh sağlığı merkezini aramıştı. Adam, birkaç haftadır uyumakta zorluk yaşıyordu; bu nedenle Janet onun sağlığı konusunda endişeleniyordu. Adam, her zamanki saatinde uyumayı reddediyor ve gece boyunca da belirsiz aralıklarla uyanıyordu. Ne zaman uyansa Janet ile olabilmek için aşağı kata geliyordu. Janet ilk zamanlarda hoşgörülü olsa da bu döngü kendisini her gece tekrar etmeye başlayınca Janet'in oğluna karşı töleransı düştü ve daha eleştirel olmaya başladı. Janet kendisini oğluna odasında uyumasına izin vermesiyle son bulan ve süreli tekrar eden bir çatışmanın içinde buluyordu. Janet 5 yaşındaki oğlunun isteklerine boyun eğdiği için kendisini suçlu hissediyordu fakat ikisinin de birazcık uyuyabilmesi için tek yol bu gibi görünüyordu. Aile doktoru, Adam'ın problemi için fiziksel bir neden belirleyememişti; doktor Janet'e bir psikolog ile iletişime geçmesini tavsiye etmişti. Bu tavsiye, Janet'in ruh sağlığı merkezinin aile eğitim grupları hakkında bir araştırma yapmasını sağlamıştı.

Gruplara başvuru yapan adaylar rutin olarak bireysel değerlendirme görüşmeleri ile elemeden geçiriliyordu. Terapist, Janet ve ailesi hakkında birkaç soru sorarak başlamıştı. Janet 30 yaşındaydı ve kocası David'den, bir yıldan biraz fazla bir zaman önce boşanmıştı. Adam, Janet'in üç çocuğundan en küçüğüydü; Jennifer 10, Claire ise 8 yaşındaydı. Adam 2 yaşındayken, Janet üniversite eğitimini yarı zamanlı olarak kaldığı yerden devam ettirmeye başlamıştı. Gelecek dönemin sonunda lisans derecesini bitirmeyi ve sonbahar dönemindeyse hukuk fakültesine girmeyi umut ediyordu. Ne yazık ki Janet, ruh sağlığı merkezindeki randevusundan 1 ay kadar önce derslerini bırakmıştı. Şimdiki planları belirsizdi. Neredeyse tüm zamanını evde Adam ile birlikte geçiriyordu.

Janet ve çocuklar, boşanma anlaşması ile Janet'in aldığı geniş, rahat bir evde yaşıyordu. Mali durumu Janet'in temel endişesi olmasına karşın öğrenci kredileri, üniversiteden gelen parasal destek ve David'den gelen çocuk nafakaları ile ayın sonunu getirmeyi başarıyordu. David boşanmadan kısa bir süre sonra evlendiği daha genç bir kadınla yakın bir kentte yaşıyordu. Janet'i ve çocukları ayda bir ya da iki kez ziyaret ediyor ve ayda bir kez hafta sonunu birlikte geçirmek için çocukları alıyordu.

*Çeviren: Klinik Psikolog Gizem Sarısoy

Terapist gerekli ön bilgileri topladıktan sonra Janet'ten, Adam'ın uyku problemlerini tanımlamasını istedi. Bu konuşma, tipik bir gecede yaşanan olaylar döngüsünü açığa çıkardı. Bu konuşma boyunca Janet'in tamamen bunalmış olduğu açıktı. Görüşme boyunca birkaç noktada, Janet ağlamanın eşiğine gelmişti. David'in arada bir olan ziyaretlerine tepkisi konuşulurken Janet'in gözleri dolmuştu ve ses tonu normalden farklıydı. Terapist, bu sebeple Adam'ın problemlerini daha derin analiz etmeyi ertelemeyi ve Janet'ın durumunu daha geniş bir açıdan konuşmaya zaman ayırmayı teklif etti.

Kocası boşanmayı teklif ettiğinden beri Janet'in duygudurumu depresifti. Üzgün, cesareti kırılmış ve yalnız hissediyordu. Bu duygu üniversitedeki derslerini bırakmasından hemen önce (David'in gidişinden 1 yıl sonra) daha da şiddetlenmişti. David gittiğinde, "mutsuz" hissettiğini hatırladı fakat o zamanlar genellikle çocuklarla oynayarak ya da yürüyüşe çıkarak kendisini neşelendirebiliyordu. Şimdi ise çaresizliğin kıyısındaydı. Sıklıkla ve uzun süreler boyunca ağlıyordu. Hiçbir şey onu neşelendirebilecek gibi görünmüyordu. Arkadaşlarına olan ilgisini kaybetmişti ve çocuklar da ona daha önce olmadığı kadar yük gibi görünmeye başlamıştı. Depresyonu, özellikle sabahları, günü sürdürmeyi beceremeyecek gibi göründüğünde daha kötüleşiyordu.

Janet'in kafası David'den boşanması konusu ile oldukça meşguldü ve her gün, onları ayrılığa götüren olaylar üzerine düşünmeye saatler harcıyordu. Bu endişeler odaklanma becerisini ciddi bir biçimde etkiliyor ve üniversiteyi bırakması ile doğrudan ilişkili görünüyordu. Verilen okumaları yapamıyor veya derslere odaklanamıyordu. Okulu bırakması başka problemlere de zemin hazırlamıştı. Janet artık öğrenci yardımı alamıyordu ve birkaç ay içinde de ev kredilerini ödemeye başlaması gerekiyordu. Kısa zamanda bir problem diğerini beraberinde getirmiş ve Janet'in tutumu giderek daha karamsar olmaya başlamıştı.

David'e ve onun yeni eşine karşı büyük ölçüde içerlemiş olsa da, Janet boşanma için kendisini suçluyordu. Okula dönüşünün zaten problemli olan bir ilişkiye ekstra bir gerilim kattığına inanıyor ve bencilce davranıp davranmadığını sorguluyordu. Terapist, Janet'in evliliğine dair muhakemesinin sıklıkla belirsiz ve mantıksız göründüğünü dikkate almıştı. Janet kendisinin kötü bir eş olduğundan bahsediyor ve uygunsuz davranışlarına dair örnekler veriyordu. Terapistin dinlediği bu olay ve durumlar, erkekler ve kadınlar arasındaki yaygın ve beklenen farklılıklardandı. Örneğin Janet, kıyafetlere David'in harcadığından daha fazla para harcamış, onun spora dair merakını paylaşmamıştı ve David'i sıklıkla onu sinirlendiren kişisel alışkanlıkları ve ilişkilerindeki kusurlarla ilgili tartışmalara sürüklemeye çalışmıştı. Tabii ki, kolaylıkla David'in kendi görünümüyle yeterince ilgilenmediği (gardırobuna daha iyi hâle getirmek için çok az çaba harcadığı), sporla kafasının çok meşgul olduğu ve evlilikle ilgili sıkıntılara dair içten bir şekilde çaba göstermekten kaçındığı söylenebilir. Fakat Janet kendini suçluyordu. Bunları ilgi alanları ve kişiliklerindeki basit farklılıklar olarak görmektense, Janet

bunları kendi başarısızlığının bir kanıtı olarak görüyordu. Janet bu olayları korkunç günahlar gibi büyütüyordu. Janet ayrıca evliliğinden hayatındaki diğer ilişkilere de genellemeler yapıyordu. Eğer ilk evliliği başarısız olmuşsa, nasıl başka bir adamla doyurucu bir ilişki kurmayı bekleyebilirdi? Dahası, Janet arkadaş ve ebeveyn olarak kendi değerini sorgulamaya başlamıştı. Evliliğinin çöküşü, bütün sosyal ilişkilerine bakış açısını etkilemiş görünüyordu.

Onun bakış açısından, gelecek umutsuz görünüyordu fakat henüz tüm umudunu kaybetmemişti. Örneğin Adam'ın problemini çözmeye olan ilgisi cesaret verici bir işaretti. Başarı ihtimali konusunda iyimser olmasa da, daha etkili bir ebeveyn olmak konusunda çabalamaya istekliydi.

Sosyal Geçmiş

Janet çocukken sosyal anlamda çekingendi. Genellikle okul dışındaki zamanının tümünü geçirdiği bir ya da iki tane özel arkadaşı vardı, daha büyük gruplarda ise kendini garip ve sıkılgan hissediyordu. Bu arkadaşlık örüntüsü liseye kadar devam etmişti. Erkeklere ilgi duyuyordu ve lise üçüncü sınıfa kadar ara sıra erkeklerle çıkmıştı. Lise 3'te bir erkekle düzenli olarak çıkmaya başlamıştı. O ve erkek arkadaşı tüm zamanı birlikte geçiriyorlardı. Janet ve erkek arkadaşı üniversitenin ilk yılında ayrılmışlardı.

Birkaç hafta sonrasında Janet, David ile tanışmıştı ve takip eden yılın yazında evlenmişlerdi. Janet sonrasında eski erkek arkadaşının hayatından aniden çıkması ile meydana gelen boşluktan kaçınmak için mi David ile ilişkisinde acele edip etmediğini hep merak etmişti. Motivasyonu ne olursa olsun, üniversiteyi bırakmasına neden olan ilk hamileliğini kısa süre sonra evlilik izlemişti. Takip eden yedi yıl boyunca, Janet tam zamanlı anne ve temizlikçi olmuştu.

Adam 2 yaşında yaşındayken ve kreşe giderken, Janet üniversite eğitimine bıraktığı yerden devam etme kararı vermişti. David ile ilişkisi son derece gerilmişti. David evle ilgili artan sorumluluklarından dolayı sinirleniyordu. Daha dengeli ve istikrarlı bir ilişki ile bu değişikliklerle ilişkili strese dayanabilirdi fakat Janet ve David birbirlerine ayak uydurmayı becerememişlerdi. İletişimlerini geliştirmek üzerine çalışmak yerine, sürekli olarak tartışıyorlardı. İlişkiye son darbe, David'in etkilendiği ve Janet ile artan düşmanlığa bir alternatif oluşturan başka bir kadınla tanışmasıyla gelmişti. David boşanmayı talep etmiş ve başka bir daireye taşınmıştı.

Janet birlikte mutlu olmamaları gerçeğine karşın, David'in gidişi ile sarsılmıştı. Neyse ki, destek almak için yönelebileceği birkaç arkadaşı vardı. Bunlardan en önemlisi Janet'in kızıyla yaklaşık olarak aynı yaşlarda bir kızı olan komşusuydu. Bunun dışında Janet ve David'in görüştükleri evli iki çift daha vardı. İlk birkaç hafta boyunca hepsi Janet'e yardımcı olmuştu fakat kısa bir süre sonra Janet'in evli çiftlerle ilişkisi kopmuştu. Üç kişi olarak bir araya gelmek garipti ve o zamana kadar da Janet kadınlarla ilişkilerini bireysel düzeyde devam ettirmeye yetecek kadar ilerletmemişti. Bu

da Janet'in duygularını açık olarak konuşabildiği tek kişi olan komşusunu Janet'in tek yol göstericisi ve sırdaşı yapmıştı.

Zaman geçtikçe, Janet kendisini boşanma üzerine gittikçe daha fazla düşüncelere dalarken buluyordu. Kilo almıştı ve çocuklar görünüşüyle ilgili yorum yapmaya başlamıştı. Bu da yetmezmiş gibi Claire, Janet'in ara sınavlarından hemen önce hastalanmıştı. Claire'in hastalığından dolayı kaçırılan dersler ve kaybedilen çalışma zamanı ile ilgili üst üste gelen yoğun kaygı, Janet'in duygudurumunda önemli derecede bozulmaya sebep olmuştu. Sonunda kırık not almaktan kaçınmak için derslerini bırakması gerektiğini fark etmişti.

Bu noktada, ruh sağlığı merkezindeki randevusundan 1 ay öncesinde, Janet önceden zevk aldığı tüm aktivitelere ilgisini kaybetmişti. Sıradan okumalar bile sıkıcı tatsız işler hâline gelmişti. Yeterli zamanı olmadığı için hiçbir zaman hobisi olmamıştı. Ayrıca en yakın arkadaşı olan komşusunun, önemli bir biçimde ilgisiz olduğunu fark etmişti. Janet aradığında, kapatmak için bir bahane bulmadan önce nadir olarak birkaç dakikadan fazla konuşuyorlardı. Öyle görünüyor ki komşusu Janet'a arkadaşlık etmekten yorulmuştu.

Ruh sağlığı merkezi ile iletişime geçtiğinde Janet'ın durumu bu şekildeydi. Duygudurumu depresif ve kaygılıydı. Zihni maddi durum ve sosyal ilişki azlığı ile meşguldü. Adam'ın, Janet'ın derslerini bırakmasından 1 hafta sonra başlayan uyku problemi, bardağı taşıran son damlaydı. Janet, bu zor durumunu daha fazla kontrol edemeyeceğini hissetmiş ve yardıma ihtiyacı olduğunu fark etmişti.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Terapist ile Janet, Janet'in tüm sorunları üzerinde konuşmuş ve Adam'ın uyku sorunun problemin sadece küçük bir parçası olduğu konusunda anlaşmışlardı. Janet'ın aile eğitim grubuna katılmasındansa, bireysel düzeyde birlikte çalışmaya karar vermişlerdi.

Janet'ın depresyonu açık bir şekilde, hayatının birçok alanına ciddi etkileri olan boşanma ile tetiklenmişti. Artan maddi zorluklar su götürmez bir şekilde bu resmin bir parçasıydı fakat kişiler arası ilişkiler sorunun çok daha önemli bir parçasıydı. Evlilikleri Janet'ın ihtiyaçlarını karşılamak konusunda idealden uzak olsa da, David ile ilişkisinin Janet'ın kendiyle ilgili düşüncelerinde önemli bir payı vardı. Janet en önemli rollerinden birini (eş olarak) kaybetmişti. Terapist, Janet'ın duygudurumunda sürdürülebilir bir gelişmeyi Janet'ın yeni ilişkiler kurmaktaki ve kendi rollerini genişletmekteki başarısının belirleyeceğine inanmıştı. Son olarak da Janet'ın annelik rolünü daha başarılı bir şekilde yerine getirmesine imkân sağlayacak ebeveynlik becerilerini öğrenmesi gerekecekti. Diğer bir deyişle terapist, Janet'ın durumu için çözüm odaklı bir yaklaşımı benimsemişti. Terapist özellikle Janet'ın hayatında meydana gelen olaylara karşı pasif kalarak ve aynı konu üzerinde düşünüp durarak tepki verebileceği konusunda endişe duyuyordu. Terapist, bir yandan belirli davranışları daha etkili bir şekilde sergilemeyi öğretirken; diğer yandan da Janet'ın çevresi ile daha aktif bir şekilde ilişkiye girmesini desteklemeye karar vermişti.

Terapist ilk adım olarak, Janet'den keyif aldığı tüm aktivitelerden bir liste oluşturmasını istemişti. Janet'ın dikkatini, zihnini meşgul eden tatsız faktörlerden başka yöne çekmeyi amaçlamıştı. Janet'ın bahsettiği aktivitelerin birçoğu birkaç aydır ya da birkaç yıldır yapmadığı şeylerdi. Örneğin okula dönüşünün öncesinde en büyük eğlencesi ata binmekti. Janet ata binmeye tekrar başlamak isteyebileceğini fakat bu aktivitenin yanına yaklaşılmaz bir şekilde pahalı ve zaman isteyen bir şey olduğunu düşündüğünü belirtmişti. Terapistin hatırı sayılır teşvikleriyle, Janet başka birkaç aktivite daha listelemişti. Bunların içinde kahve içerken bir arkadaşla sohbet etmek, gece çocuklar uyuduktan sonra müzik dinlemek ve evin arkasındaki ormanlık alanda yürüyüşe çıkmak vardı. Bazı durumlar için, Janet bu aktivitelerin eskiden keyif verici olduğunu fakat şu anda eğlenceli olabileceğini düşünmediğini belirtmişti.

Terapist, Janet'ın kararsızlığına karşın, Janet'ı bir sonraki görüşmelerinden önce en az iki kere deneyebileceği bir aktivite seçmesi konusunda teşvik etmişti. Müzik dinlemeyi seçerse Adam'ın yarıda kesme ihtimali olduğu için ve Susan'ı da aramak istemediği için, ormanda kısa bir yürüyüş yapmak en pratik alternatif gibi görünüyordu. Terapist ayrıca Janet'dan üniversitenin binicilik kulübünü arayıp aktiviteleri hakkında bilgi almasını istemişti.

Terapist, Janet'ı aktivite düzeyinin artması konusunda desteklerken, aynı zamanda diğer insanlarla iletişiminin bir değerlendirmesini yapmaya da odaklanmıştı. Birkaç seans boyunca, Janet'ın arkadaşlık geliştirebileceği insanlarla tanışmasının mümkün olduğu durumların seçilmesi, bir konuşma başlatılması, karşıdaki kişiye bir dizi soru sorularak konuşmanın sürdürülmesi ve diğer temel konuları ele almışlardı. Janet için sorunlu alanları belirledikten sonra, çözümleri tartışmış ya fiilen ya da rol yapma yoluyla çeşitli etkileşimlerle ilgili pratik yapmışlardı.

Tedavinin ilk birkaç haftası boyunca, Janet'ın duygudurumu düzeliyor gibi görünüyordu. Kuşkusuz en önemlisi, Janet'ın yerel bir binicilik ekibinde yarı zamanlı bir iş bulmaktaki şansıydı. Kampüsün binicilik klübü hakkında bilgi almak için aradığında bir iş olanağının olduğunu öğrenmişti. Ekip, her sabah atları besleyecek ve egzersizlerini yaptıracak birini arıyordu. Maaşlar düşüktü fakat para ödemeden her gün istediği kadar atlara binme izni vardı. Dahası, program kızlar okuldan dönmeden önce tüm işlerini bitirmesine imkân sağlıyordu. Buradan kazandığı para ile Adam'ı yarı zamanlı olarak gündüz bakım evine bırakabiliyordu. Janet evdeyken hâlâ depresif hissediyordu fakat ata binmeyi seviyor ve sabah işe gideceğini bilmesi de işini kolaylaştırıyordu.

Janet'ın duygudurumunun düzelmeye başlamasından kısa bir süre sonra bir dizi talihsiz olay bu durumu sekteye uğratmıştı. Maddi yardım kesilmişti ve Janet aylık ipotek ödemelerini karşılayamaz hâle gelmişti. Birkaç hafta içinde, bankadan ipoteği kapatma ve evi satma tehdidi içeren bir ihbar almıştı. Bir sonraki randevusuna geldiğinde görünüşü fark edilir düzeyde değişmişti. Cansız ve aşırı halsiz bir durumdaydı. Seansın büyük bir bölümünde ağlamış ve bakış açısı belirgin bir biçimde karamsarlaşmıştı. Terapist özellikle, Janet'ın önceki gün olan bir olayı anlatması sırasında paniğe kapılmıştı. Arabasına gaz almaya gittiği sırada akaryakıt istasyonundaki bir tamirci,

egzoz susturucusundan ses geldiğinden ve kırılmış olabileceğinden bahsetmişti. Tehlikeli egzoz dumanı sebebiyle bunu hemen tamir ettirmesi gerektiğini de söylemişti. Tamirci sözlerinde, "bu kendinizi öldürmek için iyi bir yol" cümlesini kullanmıştı. Janet'ın kafasında bu yorumdan önce intihar düşüncesi yoktu fakat sonrasında bu düşünceyi kafasından atamadığını fark etmişti. Bu düşünceden korkmuş ve televizyon izleyerek dikkatini dağıtmaya çabalamıştı. Tüm çabalara karşın, bu düşünceyi zihninden atamıyordu.

Terapist hemen tedavi planındaki birkaç değişiklik konusunu Janet ile konuştu. Ona antidepresan bir ilaç olan fluoksetin (Prozac) yazan bir psikiyatristle görüşme ayarladı. Ayrıca klinikteki randevularının sıklığını da haftada üçe çıkarmak konusunda anlaştılar. Bu değişiklikler temel olarak intihar fikirlerinin başlangıcı ile ortaya atılmıştı. Janet'ın düşüncelerinde kendini öldürme kastı olmadığı için hastaneye yatırma ya da ek destek için akrabaları arama gibi daha büyük önlemler gerekli görünmüyordu. Örneğin ölüm hakkında çok sık düşünmesine karşın, ölmeyi istemediğini belirtmişti. Bu fikir onu korkutuyordu ve kendi ölümünü gerçekleştirmek için yaptığı belirli bir planı yoktu. Bununla birlikte, durumundaki gözle görülür kötüleşme daha yoğun bir tedavi programını gerektirmişti.

Bir sonraki ay, Janet için zor bir aydı fakat devam etmeyi becerebilmişti. İlaçlarını almaya başlamasından üç hafta sonra, duygudurumu canlanmış görünüyordu. İntihar düşünceleri kaybolmuş, daha konuşkan olmaya başlamıştı ve normal aktivitelerinin çoğunu sürdürebilir hâle gelmişti. Binicilik ekibinin müdürü anlayışlıydı ve Janet'ın yeni işini, Janet dönebilecek duruma gelene kadar onun için tutmuştu. Babası yüklü bir yardım sağlamayı kabul edince, maddi kriz geçici bir süre için de olsa çözülmüştü. Aslında, babası geçmişte ondan hiç yardım istemediği ve hatta maddi sıkıntıda olduğundan bahsetmediği için şaşkınlığını ve üzüntüsünü de belirtmişti. Sorun odaklı sosyal beceri programı, Janet ilaçlarını almaya başladıktan sonra iyi ilerlemeye başlamıştı. Birkaç hafta içinde, Susan ile tekrar arkadaşlık kurabilmişti. Binicilik ekibinde birkaç kişiyle tanışmayı başarmıştı ve sosyal ağı genişliyor gibi görünüyordu.

Janet'ın duygudurumu düzeldikten sonra, Adam'ın uyku problemine odaklanıldı. Terapist, Janet'a Adam'ın manipülatif davranışlarına karşı sıkı limitler koymaya ihtiyaç olduğunu açıkladı. Janet'ın Adam'ın isteklerine yaklaşımındaki tutarsızlığının ve Adam'ın yatma zamanı boyunca elde ettiği ilginin Adam'ın uygunsuz davranışı için aralıklı pekiştirmeye yol açtığı düşünülebilirdi. Janet ve terapist, Adam'ın uyanıp aşağı kata geldiği zamanlarda Janet'ın takip edeceği basit tepkiler dizisi üzerine çalışmışlardı. Janet ona bir içecek önerecek, odasına geri götürecek, yatağına yatırıp kısa süre içinde odadan çıkacaktı. Prosedürün uygulanmasından on gün sonra, Adam hiç sekteye uğramadan gece boyunca uyumaya başlamıştı. Bu hızlı başarı, Janet'ın durum üzerindeki kontrol hissini de geliştirmişti. Janet'in bu gayreti, aslında ilk olarak başvurduğu aile eğitim programına kayıt yaptırmasına vesile olmuştu. Çocukları ile ilişkisini geliştirmeye devam etti.

Janet'ın bireysel terapi seansları ilk randevusundan 9 ay sonra bitirildi. Seanslar biterken, okula geri dönmeyi planlıyor, binicilik ekibinde yarı zamanlı çalışmayı sür-

dürüyordu ve iş yerinde tanıştığı bir adamla çıkmaya başlamıştı. Çocukları tamamen sağlıklıydı ve evini idare etmeyi becerebiliyordu. Antidepresan ilaçları almaya devam ediyordu.

Tartışma

Kuşku yok ki üzgün ve disforik duygudurumu klinik depresyonun en öne çıkan özelliğidir. Depresif hastalar kendilerini cesaretleri kırılmış, umutsuz ve cansız hissettikleri şeklinde tanımlar. Bu kederli duygusal duruma, genellikle intihar düşüncelerini de içerebilen bir dolu tatsız düşünce eşlik eder. Depresyonun bu bilişsel özelliklerine bazen *depresif üçlü; benliğin, dünyanın ve geleceğin olumsuz olması* adı da verilir. Depresif kişiler kendilerini yetersiz ve değersiz hisseder. Açık bir şekilde sıradan ve basit olaylar üzerine genellikle suçluluk ve pişmanlık ile dolu olurlar. Bu kişiler kendi çevreleri ile ilgili de yine benzer bir karamsar bakış açısına sahip olurlar. Günlük deneyimler ve sosyal etkileşimler en eleştirel biçimde yorumlanır. Gelecek kasvetli ve boş görünür. Öyle ki, son derece depresif olan hastalar geleceği hayal etmenin hiçbir şekilde mümkün olmadığını düşünür.

Klinik depresyon, kişinin hayatındaki birkaç önemli alanda değişikliklerle kendini gösterir. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (APA, 2013) majör depresyon dönemleri için birtakım özellikleri listelemiştir. Kişinin bu tanı kategorisinin kriterlerini karşılaması için toplamda dokuz belirtiden en az beşinin, en az iki hafta boyunca yaklaşık her gün ortaya çıkması gerekmektedir. Bunlar kısaca, depresif duygudurumu, genelde keyif veren aktivitelere ilginin kaybedilmesi, kiloda önemli değişiklik, uykuda göze çarpan sıkıntı, motor davranışları (ajitasyon gibi) içeren belirgin problemler, enerji kaybı, değersizlik ve suçluluk hisleri, odaklanmakta zorluk ve intihar düşünceleridir.

Janet açık bir biçimde bu kriterlere uymaktaydı. David ile ayrılığından beri duygudurumu açık bir biçimde depresifti. Ciddi miktarda kilo almıştı—9 ayda 11 kilo. Ders çalışamaması ve neredeyse her şeye karşı ilgisini kaybetmesinden anlaşılacağı gibi, konsantrasyonu ciddi biçimde zarar görmüştü. Çok yoğun ve yerinde olmayan bir suçluluk yaşaması, boşanma ile ilgili saplantılı düşüncelere dalmasının en önemli özelliklerindendi. Fiilen kendine zarar verme girişimleri olmamasına karşın, intihar düşünceleri gibi stres veren konular üzerinde düşünüp duruyordu (ruminatif). Uyku bozuklukları da bir problem olabilirdi fakat Adam'ın davranış bağlamı içerisinde onu değerlendirmek zordu. Klinikteki ilk randevusunun öncesinde, Janet bir gecede her zamanki uyuduğu süreden daha az uyuyor ve ciddi bir yorgunluğu olduğunu belirtiyordu. Adam gece boyunca ilgi istemese de Janet'ın uyumayı başarıp başaramayacağını bu koşullarda tahmin etmek zordu.

Birçok terapist, klinik depresyon ile mutsuzluğun ve hayal kırıklığının diğer türlerini ayırmak gerektiğinin önemi konusunda aynı fikirdedir. Bu niteliksel mi yoksa niceliksel bir ayrım mı? Klinik depresyonda olduğu düşünülen hastalar basit bir şekilde diğerlerinden daha mı mutsuz, yoksa bu durumlar tamamen birbirinden farklı mı? Bu duygudurum bozuklukları alanında çalışanların yüz yüze olduğu

en ilginç ve zor sorulardan birisidir. Mevcut tanı sistemi Normal duygudurumu ve depresif bozukluk arasında bir ara kategori olan distimiyi dâhil ederek bu problemi ele almaktadır. Bu kategori, majör duygudurum bozukluğu ölçütlerini karşılamaya yetmeyecek düzeyde kronik depresif semptomlar gösteren hastaları içerir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Majör depresyonun gelişimine açıklama getiren birçok psikolojik model ortaya atılmıştır. Her model depresif bozuklukların bir şekilde farklı özelliklerine (ör., kişiler arası ilişkiler, hareketsizlik ya da kendini değersizleştiren düşünceler gibi) odaklanmış, fakat birçoğu majör depresyonun öncülü olarak olumsuz veya stresli olayların rolünde bir fikir birliğine varmıştır.

Depresyon başlangıcının öncesinde, genellikle bağımlı kişilik stili olduğu ve sonrasında önemli bir ilişkinin kaybedilmesi ile de depresyonun hızlandığı gözlemi önemli faktörlerden biridir. Kişilik faktörleri ve ilişkisel stres, kadınların erkeklere kıyasla iki kat daha fazla majör depresyon geliştirmesi gerçeğini açıklamaya yardımcı olabilir. Bağımlı kişiler özgüvenlerini diğerlerinin kabul ve onayı üzerine kurmaktadır. Bazı yazarlar, kadınlara sosyal gelişimleri boyunca kendileri hakkında bu şekilde düşünmesinin öğretildiğini iddia etmektedir (Crick ve Zahn-Waxler, 2003; Gilligan, 1982). Kadın rollerine dair basmakalıp; pasif, bağımlı ve duygusal olmak gibi kişilik özelliklerini içerir (erkekler sıklıkla agresif, bağımsız ve mantıklı olmak konusunda teşvik edilir). Bu hipotezin uzantısı olan bir yaklaşımda, kadınların erkeklere göre kendilerini tanımlamakta diğer insanlarla ilişkilerini dikkate almaya daha yatkın olduğu savunulur. Yani kadınlar, evlilik sıkıntıları ve boşanma durumlarında daha çok stres yaşamaktadır. Janet'ın durumunda, David ile boşanması depresyonun başlangıcında kesinlikle önemli bir faktördü. Evliliği idealden uzak olmasına karşın, benlik değeri boşanmadan sonra ciddi bir şekilde tehdit altına girmişti.

Stresli yaşam olayları depresyonun etiyolojisinde nedensel bir rol oynamaktadır (Harkness ve ark., 2010; Monroe ve Harkness, 2005). Çevresel faktörler ve depresyonun başlangıcı arasındaki ilişkiyi açıklayan bir model gelişmesini sağlayan klasik bir çalışma, alanda önemli ölçüde dikkat çekmiştir. Brown ve Harris (1978) depresif kadınların hayatlarında, stresli olayların sıklığının artmış olduğunu fakat bunların sadece belirli —kadınların iyilik hâlinde ciddi ve uzun süreli sonuçları olan—alt kümelerle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Boşanma ve ayrılma bunların içinde en çok öne çıkanlardandır. Ayrıca hastalık, iş kaybı ve diğer birçok kişisel olumsuzluk da bu olaylardan sayılabilir. Stresli bir olayın etkisi, o olayın kişi için anlamına bağlıdır. Devam eden sıkıntılar bağlamında meydana gelen sarsıcı olaylar (ör., kronik olarak stresli olan bir evlilik) ve kadının özellikle bağlı olduğu hayat alanlarında (çocuğunun sağlığı ya da kariyer gelişimi gibi) meydana gelen olaylar depresyonun başlamasına sebep olan en önemli faktörlerdir (Brown, 2002).

Stresli yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu açıktır. Stres depresyona sebep olabilir fakat depresyon da strese sebep olabilir. Depresif olmayan ve tıbbi problemleri olan kadınlarla karşılaştırıldığında, depresif kadınların özellikle evlilik gibi kişiler arası ilişkilerinde daha yüksek stres yaşadıkları görülmektedir (Harris, 2005). Bu sonuç dinamik bir sürecin işlediğini göstermektedir. Kişinin kendi davranışından kaynaklanmayan stres faktörleri, depresif duygudurumuna zemin hazırlayabilir. Sonrasında depresif kişi, mevcut durumla işlevsel olmayan yollarla başa çıkmaya çalışabilir ve sonuç olarak bu işlevsiz davranışlar daha da yüksek stres düzeylerine sebep olabilir.

Bu durumların birçoğu Janet'ın durumu ile tutarlıdır. Terapiye başlamadan önceki aylarda açık bir şekilde yüksek düzeyde stres yaşamıştır. David'den boşanması, buna açık bir örnektir. Çocukları ile yaşadığı zorluklar diğer bir örnek olarak sayılabilir. Claire'in hastalığı en sonunda Janet'i üniversiteyi bırakmaya zorladığında, bunun mezuniyetine ve sonrasında hukuk fakültesine girme planlarına önemli ve uzun süreli etkileri olmuştu.

Bilhassa yeterli sosyal destek yokluğunda, stresli yaşam olaylarının depresyonun öncülü olması muhtemeldir. Bununla birlikte bu yaşantıların hangi tutumun bu stresli deneyimlerin birleşip etkilerini göstermesinde etkili olduğu süregelen tartışma ve iddiaların konusudur. Çoğu kişinin hayatında zaman zaman stresli olaylar yaşadığını fakat çoğunun ciddi anlamda depresif olmadığını hatırlamakta fayda vardır. Hangi faktörler bazı kişileri psikolojik olarak daha dayanıksız yapmaktadır? Depresyona yatkınlığı olan kişiler günlük hayat problemlerine diğerlerinden farklı mı tepki vermektedir? Bu insanlar koruyucu sosyal destek ağları kurmak ve sürdürmek konusunda diğer insanlara göre daha mı başarısızdır? Bu sorulara diğer etiyolojik modeller değinmektedir.

Sosyal öğrenme teorisyenleri (Joiner, Coyne ve Blalock, 1999), depresyonun sürmesinde kişiler arası ilişkiler ve sosyal becerilerin (ayrıca bk., narsisizm ve bağımlılık) önemini vurgulamaktadır. Bu model; stresli yaşam olaylarına, depresif kişilerin verdiği tepki biçimlerine ve bu tepkilerin diğer insanlar üzerindeki etkisine dair ilginç bir açıklama getirmektedir. Depresif kişi kendi deneyimlerinden bahsederken diğer kişiler ilk olarak empatik bir şekilde davranmakta ve nazik olmaktadır; fakat bu sürecin uzun vadede sonucu olumsuz olmaktadır. Elde edilebilecek her türlü sosyal destek de böylelikle kaybolmaktadır. Bu bağlamda önemli bir faktör, sosyal beceri eksikliğidir. Depresif kişiler diğer insanlarla etkileşimlerinde etkisiz olabilirler. Bu nedenle tedavinin önemli bir parçası, kişide eksik olan becerilerin belirlenmesi ve kişiye diğerleriyle iletişiminde daha etkili yöntemlerin öğretilmesidir.

Bu modelin birkaç yönü mevcut vaka ile tutarlıdır. David ile ayrıldıktan sonra Janet yalnız kalmıştır. Sonunda komşusu ile olan uzun konuşmaları ilişkilerini bozmuş ve bu durum Janet'in son sosyal destek kaynaklarından birini de ortadan kaldırmıştır. Terapistiyle yeni arkadaşlarla tanışmak için yapabileceklerini konuşurken, Janet'ın dalgın olduğu gözlemlenmiştir. Tanışma randevuları gibi yaptığı birkaç deneme kötü sonuçlanmıştır ve Janet nereden başlayacağını bilememektedir.

Depresyonun sebebi olarak görülen diğer bir değişken de kişilerin depresif durumun başlangıcında nasıl bir tavır aldıklarıdır. Bazıları belli aktivitelerle meşgul olarak kendilerini olumsuz duygulardan uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Diğerleri ise daha pasif bir şekilde tepki vermekte ve stres kaynakları ile ilgili uzun uzun düşüncelere dalma eğilimindedir. Nolen-Hoeksema (2002) pasif, aynı konu üzerinde uzun uzun düşünerek tepki veren kişilerin daha uzun ve şiddetli depresyon dönemleri yaşadıklarını ileri sürmüştür. Ayrıca bu faktörün, depresyonun görülme sıklığındaki cinsiyet farklılıklarından da sorumlu olabileceğini çünkü kadınların, erkeklere kıyasla bu tepki biçimini kullanmaya daha yatkın olduğunu öne sürmüştür. Boşanma sonrası Janet'ın gösterdiği davranış, Nolen-Hoeksema'nın kavramsal çerçevesine güzel bir örnektir. Janet ilk etapta çeşitli problemleri ile aktif bir biçimde başa çıkmayı denemiş olsa da, kısa sürede yeni arkadaşlar bulmak ya da çalışmalarına devam etmek için çaba sarf etmeyi bırakmıştır. Kendisini sıklıkla boşanma ve kendi durumunun umutsuzluğu ile ilgili saplantılı düşüncelerin içinde bulmuştur. Terapisti, Janet'i bu pasif ve aynı konu üzerinde düşünüp durma döngüsünü kırabilmesi amacıyla daha sık keyif aldığı aktiviteleri yapması yönünde teşvik etmiştir.

Depresyonun sosyal ve davranışsal yönlerine ek olarak, depresif kişilerin çevrelerinde gelişen olayları algılama ve yorumlama biçimlerini dikkate almak da önemlidir. Kendileri ve dünyalarında olanlarla ilgili ne düşünmektedirler? Daha belirli olarak, olumsuz olayların yaşanmasını nasıl açıklamaktadırlar? Bilişsel bakış açısı, düşünme ve algılama örüntülerinin depresyonun gelişiminde çok önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir (Gotlib ve Joormann, 2010; Mathews ve MacLeod, 2005). Etkileyici bir teoriye göre, olumsuz yaşam olaylarının olması umutsuzluğun gelişmesine ve bu da depresyonun başlamasına sebep olabilmektedir (Alloy, Abramson, Walshaw ve Neeren, 2006). Umutsuzluğun tanımında iki bilişsel faktör yer almaktadır: (a) güçlü bir şekilde arzulanan sonucun gerçekleşmeyeceği ya da kaçınılan sonucun oluşacağı beklentisi ve (b) bunların olma ihtimalini değiştirmek için kişinin hiçbir şey yapamayacağına (aciz/çaresiz olduğuna) dair inanç.

Depresif kişiler kendileri ve dünyayla ilişkilenmeleri konusunda, gereğinden çok daha fazla oranda olumsuz düşünce ifade ederler. Janet'ın boşanmaya zemin hazırlayan ve bunu çevreleyen olaylarla ilgili yorumu, umutsuzluk teorisine güzel bir biçimde uymaktadır. Janet, evliliğinin bozulmasının David'den çok kendi suçu olduğuna inanmaktaydı; bu ilişkideki başarısızlığının yalnız belirli bir kişiye karşı değil, tüm erkeklerle iletişiminde belirleyici olduğunu savunuyordu ve bu davranış örüntüsünü hiçbir zaman değiştiremeyeceğine inanıyordu.

Tedavi

Janet'ın tedavisi, psikoterapi ve antidepresan ilaç tedavisinin bir bileşimini içeriyordu. Sosyal öğrenme/ kişiler arası model yaklaşımını benimseyen terapist, Janet'ın aktivite düzeyini arttırmayı ve ona yeni sosyal beceriler kazandırmayı amaçlamıştı. Terapist, Janet'ı ata binmek gibi aktivitelere katılması konusunda teşvik ederek; sosyal izolasyon, aynı konu üzerinde düşünüp durma, depresyonun artmasına se-

bep olan aktivite düşüklüğü ve daha fazla içe çekilmeye sebep olan depresyon gibi devam eden etkileşimli süreci kırmayı umut ediyordu. Özellikle kişiler arası iletişim ve ebeveynlik becerilerini içeren yeni davranış örüntüleri geliştirme yoluyla, Janet'ın gelecekteki stresli olaylarla daha etkili bir biçimde başa çıkmasını umuyordu. Ayrıca artan sosyal aktivite ve daha etkili iletişim, stresli olayın etkisini azaltmaya yardımcı olabilecek daha destekleyici bir sosyal ağ oluşumuna da yardımcı olacaktı. Son bulgular davranışsal etkinliğin—keyif alınan aktivitelerin arttırılması ve diğerleri ile olumlu etkileşimler gibi— depresyon tedavisinde etkili yaklaşımlardan biri olduğunu göstermektedir (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters ve Pagoto, 2011; Mazzucchelli, Kane ve Rees, 2009).

Janet'ın aldığı terapi, birçok yönden depresyonun tedavisinde kullanılan ve *kişiler arası psikoterapi* ya da KAP olarak bilinen diğer bir psikolojik yaklaşıma oldukça benzerdir (Mufson ve ark., 2004; Weissman, 2007). KAP'ın odağında, depresif belirtilerle mevcut kişiler arası problemlerin ilişkisi vardır. Kıyaslandığında uzun süreli kişilik problemlerine ve gelişimsel faktörlere oldukça az ilgi gösterilir. Tedavi, depresyonun oluşumu ve kötüleşmesinde etkili olabilecek yakın ilişkilerdeki çatışma türlerini çözmek için pratik, problem çözme odaklı yaklaşımı benimser. Sosyal becerilerdeki eksiklik, aktif ve destekleyici bir biçimde ele alınır. Depresif kişi ayrıca kaybedilen ilişkilerin ya da mesleki rollerin yerini alabilecek yeni aktiviteler arama konusunda da cesaretlendirilir. Terapi seansları, sosyal zorluklar ve ifade ya da kabul edilmeyen olumsuz duygular konusunda yönlendirici olmayan konuşmaları ve belirli sosyal becerileri pratik etmeyi sağlayan rol yapmaları içerir.

Antidepresan tedavisi, intihar riski ortaya çıktığında önerilmiştir. Janet'ın intihar düşüncesi çok belirgin değildi, intihara teşebbüs etme riski taşımıyordu. Hayatını sonlandırmak için belirli bir yöntem planlamamış ve kendine zarar verme düşüncesinin kendisini korkuttuğunu belirtmişti. Eğer daha belirgin planları olsaydı ya da ölmeyi isteseydi risk çok daha fazla olacaktı. Yine de korkunç konular üzerinde düşünüp durması, daha yoğun bir tedavi programına ihtiyaç olduğunu gösteren göze çarpan bozulmaya işaret etmekteydi. Üç genel ilaç sınıfı depresyon tedavisinde faydalıdır: seçici seratonin geri alım engelleyicileri (SSRI), trisiklikler (TCA) ve monoamin oksidaz engelleyiciler (MAO). Hastanın duygudurumunda ve diğer belirli duygusal semptomlarda iyileşme, ilaç tedavisine başlanmasından 2 ila 4 hafta sonra kendini gösterir. Devamlı kullanımı da depresyonun belirtisel düzeyde tekrar nüksetme olasılığını azaltır.

Janet'a bir tür SSRI olan fluoksetin (Prozac) verilmiştir. SSRI'lar 1980'lerde geliştirilmiş ve bugün en çok yazılan antidepresan ilaç hâline gelmişlerdir (Hameed, Schwartz, Malhotra, West ve Bertone, 2005; Hirschfeld, 2001). SSRI grubuna ek örnek olarak fluvoksamin (Luvox), sertralin (Zoloft) ve paroksetin (Paxil) verilebilir. SSRI'lar presinaptik sinir ucundaki seratonin geri alımını engeller ve böylelikle sinaptik yarıktaki seratonin miktarının artmasını sağlarlar. SSRI'lar, TCA ve Mao engelleyicilere oranla daha az yan etkiye (kilo alımı, kabızlık ve sersemlik gibi) sahiptir; kullanımı daha kolaydır (uygun dozu bulmak için haftalarca denemek yerine

günde bir hap) ve hasta aşırı dozda aldığında daha az tehlikelidir. Bu, SSRI'ların da kendilerine has yan etkilerinin olmadığı anlamına gelmez. Bazı hastalar mide bulantısı, baş ağrısı, yorgunluk, huzursuzluk ve orgazm olamamak gibi cinsel yan etkiler yaşamaktadır. Kontrollü çalışmalar, Prozac ve diğer SSRI'ların en az geleneksel antidepresan ilaçlar kadar etkili olduğunu göstermektedir (Kroenke ve ark., 2001). Majör depresyondan şikâyetçi olan kişiler için ilaç da psikoterapi de etkili tedavi yöntemlerindendir (Hollon, Thase ve Markowitz, 2002).

İlaç ve psikoterapinin açık olan bir dezavantajı, terapötik etkinin elde edilmesi için gereken süredir. Örneğin, ciddi bir intihar tehdidi karşısında terapist, hastanın uyumundaki değişim için haftalarca bekleyemeyebilir. Ayrıca ilaç veya psikososyal tedavi yaklaşımlarına olumlu yanıt vermeyen birçok hasta vardır. Özellikle ciddi anlamda motor yavaşlama gösteren ve antidepresan ilaçlara tepki vermeyen depresif hastalarda denenebilecek diğer bir müdahale yöntemi elektrokonvulsif terapidir (EKT). Standart bir EKT uygulamasında, hastanın şakaklarına yerleştirilen iki elektrot arasından elektrik akımı geçirilerek kısa bir nöbet tetiklenir. Tedavinin tümü genellikle 48 saat aralıklarla yapılan 6 ila 8 nöbet tetiklemesini içerir. Tedavi ilk olarak şizofren hastaları için ortaya atılmış olsa da, kısa sürede etkililiğinin en çok depresif hastalarda olduğu ortaya çıkmıştır. Birçok çalışma bu sonucu desteklemiştir (Husain, Kevan, Linnell ve Scott, 2004).

EKT çevresinde dönen pek çok tartışma, uygulama ve etkilerine dair yanlış kanılara dayanmaktadır. Genellikle şok *terapisi* olarak anılmasına karşın, EKT elektrik akımının algılanmasını içermez. Aslında, akım uygulandığı sırada bilincin açık olmaması için nöbetlerden önce hastaya kısa etkili anestetik uygulaması yapılır. EKT'nin zararlı yan etkilerinin birçoğu, tedavi uygulamasındaki nöbetler sırasında kemik kırılmasını önlemek amacıyla uygulanan kas gevşeticiler gibi değişikliklerle ortadan kaldırılmaktadır (Abrams, 2002). Hafıza kaybının boyutu ve şiddeti tek yönlü elektrot yerleştirilmesi ile önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Eğer iki elektrot da hastanın beyninin baskın olmayan yarım küreleri üzerine yerleştirilirse, hasta daha az sözel bellek bozulması yaşayabilir fakat bu durumda tedavi daha az etkili olabilir. Tabi ki beyin yapısı ve işleyişinde kalıcı değişikliklere dair ciddi soru işaretleri vardır. EKT'yi eleştirenlerden bazıları, EKT'nin geri döndürülemez nörolojik bozulmalar yarattığını savunmaktadır. EKT'yi savunanlar ise bu sonucu çıkartmak için kanıtların yetersiz olduğunu öne sürmektedir (Abrams, 2002). EKT kullanımına yapılan itirazların birçoğu yanlış kanılara dayansa da, terapötik etkisini destekleyen kanıtlar diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ciddi düzeyde depresif hastalarda, EKT kullanımına devam edilmesini haklı çıkarır niteliktedir.

Tartışma Soruları

1. Ciddi intihar düşünceleri olan hastalar istemeseler dahi sıklıkla hastaneye yatırılırlar. Bir insanı iradesi dışında hastaneye yatışa zorlamanın avantajları ve dezavantajları nelerdir?
2. Janet bir dizi stresli olay ve durum yaşamıştır. Onun durumunda olan herkes depresyona girer miydi? Eğer cevabınız hayırsa, bu stresli olayların yanında onu depresyona sürükleyen başka hangi faktörler olabilir?
3. Terapinin başından beri terapist, Janet'ı keyif aldığı aktivitelerde aktif bir şekilde bulunması yönünde teşvik etmiştir. Başta Janet'ın stres kaynakları (boşanma ile ilgili hisleri gibi) ile ilgili enine boyuna konuşmaya çok daha fazla zaman harcasalardı tedavinin daha da etkili olacağını düşünüyor musunuz?
4. Yakın akrabalarınızdan birinin birkaç yıldır depresif olduğunu hayal edin. Bu kişinin önceki tedavi yöntemlerine (ilaç ve psikoterapi) yanıt vermediğini ve şimdi de intihar etmekten bahsettiğini düşünün. Bu kişiye bir dizi elektrokonvulsif terapi uygulanması için doktorlara yetki vermekte istekli olur muydunuz? Neden evet, neden hayır?

BÖLÜM 7*

Panik Bozukluk, Agorafobi ve Yaygın Kaygı Bozukluğu

Dennis Holt 31 yaşında, boşanmış ve başarılı bir sigorta satıcısıydı. Geçen 10 yıl için birçok defa panik atak yaşamış fakat son olaydan kısa süre sonrasına kadar hiç psikolojik tedavi arayışına girmemişti. Bu atak, Dennis ve nişanlısı Elaine yılbaşı için yerel bir alışveriş merkezinde alışveriş yaparlarken gerçekleşmişti. İlk durakları, Elaine'in annesi için bir hediye bulmayı umduğu büyük bir mağazaydı. Mağazaya vardıklarında Dennis iyi hissediyordu. Geniş insan kalabalıklarında genellikle huzursuz hissetmesine karşın, tatil moduna girmiş ve şirketin yakın zamanda verdiği primi harcamak için sabırsızlanıyordu. Alışverişe başladıktan 10 dakika sonra, Dennis birden hasta hissetmeye başlamıştı. Elleri kontrol edilemez bir biçimde titremeye, görüşü bulanıklaşmaya ve tüm vücudu halsizleşmeye başlamıştı. Göğsünde çok büyük bir baskı hissetmeye ve zorlukla nefes alabilmeye başlamış, boğulmak üzere olduğunu hissetmişti. Ortaya çıkan bu ani fiziksel belirtilere çok yoğun bir kaygı da eşlik etmişti. Dennis dehşete düşmüştü fakat nedenini bilemiyordu. Elaine'e bir şey söylemeden hızlıca dönüp mağazadan çıkmış, dışarıda park hâlinde olan arabasına sığınmıştı. Orada içeriye daha fazla hava girmesi için camı açmış, arka koltuğa uzanmış ve gözlerini kapatmıştı. On dakika süresince daha çok sersemlemiş ve nefes darlığı yaşamaya devam etmişti.

Elaine reyonun başka bir tarafına baktığı ve Dennis'in mağazadan çıktığını görmediği için bir saatten uzun bir süre onu bulamamıştı. Dennis'i bulamayınca, bir şeylerin ters gittiğini fark edip arabayı kontrol etmeden önce, onu diğer birkaç mağazada daha aramıştı. Bu, Dennis'in, Elaine ile çıkmaya başladığı birkaç aydan beri yaşadığı ilk panik ataktı. Dennis'in evine vardıklarında Dennis, Elaine'e ne olduğunu ve ataklarının geçmişini açıklamış; Elaine de onu profesyonel destek alması konusunda ikna etmişti.

Dennis ilk randevusu için psikoloji kliniğine geldiğinde, pahalı bir takım elbise giymişti. Beş dakika erken gelmiş, danışma görevlisi de Dennis'e diğer başka da-

*Çeviren: Klinik Psikolog Gizem Sarısoy

nışanların oturduğu geniş ve rahat bir şekilde döşenmiş bekleme odasında oturmak isteyip istemediğini sormuştu. Nazik bir şekilde ayakta durmak istediğini belirten Dennis, rastgele bir şekilde koridor duvarına yaslanmıştı. Fiziksel görüntüsü ile ilgili her şey—duruşu, düzgünce taranmış saçları, arkadaşça gülümsemesi— kendine güvenini ve başarısını yansıtıyordu. Hiçbir şey Dennis'in, Elaine'e bir psikoloğa danışacağına dair söz vermesinden beri hissettiği ciddi korku ve endişeyi ele vermiyordu. Aklını mı kaçırmıştı? Yardım istemişti fakat kimsenin onun duygusal olarak dengesiz olduğunu düşünmesini istemiyordu.

İlk görüşme çok verimli değildi. Dennis, espriler yapıyor ve sonu gelmez bir biçimde ince esprilerle dolu muhabbetler açmaya çalışıyordu. Psikoloğun ısrarcı sorgulamalarına cevap olarak, Dennis nişanlısına ara sıra meydana gelen panik atakları ile ilgili olarak yardım arayacağına dair söz verdiğini açıkladı. Bununla birlikte, ciddi herhangi bir problemi olduğunu kabul etmekte isteksizdi ve şu anki durumuna nasıl uyum sağladığı ile ilgili olan birçok soruyu cevaplamaktan kaçınıyordu. Dennis, ciddi bir probleminin olmadığı konusunda psikoloğu ikna etme niyetindeydi. Yüzeysel konuşuyordu ve hatta psikoloğa yeterli bir hayat sigortası paketi olup olmadığını bile sormuştu.

Takip eden seanslarda, yılda iki ya da üç kereden fazla olmamış panik atakların Dennis'in problemlerinin en belirgini olduğu açığa çıkmıştı. Dennis ayrıca ataklar olmadığında da son derece gergin ve kaygılı bir insandı. Sıklıkla birkaç saatten daha uzun süren baş ağrıları yaşıyordu. Bunlar genellikle başının ön tarafında sabit, yayılmış bir ağrı şeklinde oluyordu. Dennis ayrıca rahatlayamadığından şikâyet ediyor ve kronik kas gerginliği olduğunu ve ara sıra uykusuzluk çektiğini belirtiyordu. İşi sıklıkla gece geç saatte çalışmayı, yemekten sonra insanları evinde ziyaret etmeyi gerektiriyordu. Evine döndüğünde, gergin ve endişeli oluyor, uyuyamıyordu.

Dennis'in benlik farkındalığı yüksekti. Çekici bir adam ve firmasındaki en başarılı çalışanlardan biri olmasına karşın, sürekli başkalarının kendisi hakkında ne düşündüğü konusunda endişeleniyordu. Bu endişe, klinikteki seanslarının öncesinde de sonrasında da kendini gösteriyordu. Her seansın sonunda yüksek bir sesle espri yapmayı ihmal etmiyor; böylelikle psikoloğun ofisi dışındaki herkes kahkahalarını duyabiliyordu. Sonrasında kapıyı açıyor, kıkırdamaya devam ediyor ve ofisi terk ederken "Peki, Alicia [terapistin ilk ismi], bu çok eğlenceliydi. Yakında tekrar bir araya gelelim." gibi şeyler söylüyordu. Buna benzer olaylardan en garibi, dördüncü tedavi seansı öncesinde meydana gelmişti. Dennis önceki ziyaretlerinde klinik bekleme odasından kaçınıyordu fakat dördüncü seans öncesinde terapisti ile karşılaştıkları nokta görüşme odasına bekleme odasından geçerek birlikte yürümelerini gerektiren bir nokta olmuştu. Terapist hiç düşünmeden birkaç danışanın olduğu bekleme odasından yürümüş ve Dennis hızlıca takip etmişti. Uzun bekleme odasının ortasına geldiklerinde, Dennis birden kolunu terapistin omzuna atmış, gülümsemiş ve fazlaca yüksek bir sesle, "Peki Alicia, nasılsın? Bugün sana nasıl yardımcı olabilirim?"demişti. Terapist tamamen şaşkına dönmüş fakat odaya varana kadar hiçbir şey söylememişti. Dennis hızlıca kapıyı kapatmış ve duvara yaslanmış-

tı, ellerini nefes almaya çalışır biçimde kalbinin üzerinde tutuyordu. Görünür biçimde titriyordu. Nefesini yakaladıktan sonra, bolca özür dilemiş ve başına gelenin ne olduğunu bilmediğini açıklamıştı. Her zaman klinikteki diğer danışanların, onun danışan olduğunu fark edeceklerinden ve deli olduğunu düşüneceklerinden korktuğunu belirtmişti. Bekleme odası boyunca yürürken son derece rahatsız olduğunu ve terapist gibi görünerek dikkati kendi üstünden başka yöne çevirme isteğine karşı koyamadığını belirtmişti.

Kendine ilişkin sosyal değerlendirme olabileceği düşüncesi ile sürekli olarak zihin meşgul oluyor; bu düşünceler Dennis'in iş yerinde de ortaya çıkıyordu. Ne zaman muhtemel bir müşteriyi arayacak olsa son derece gergin oluyordu. Bir görüşme ayarlanması ve Dennis'in o kişinin evine gitmesi arasındaki zamanda, Dennis sürekli endişeli oluyordu. Ondan hoşlanacaklar mıydı? Satışı yapabilecek miydi? Kaygı düzeyi müşterinin evine giden yolda en yüksek noktaya çıkıyordu. Bu kaygısı ile başa çıkmak için, Dennis kendisine arabada dinleyebileceği 45 dakikalık bir ses kaydı hazırlamıştı. Kayıt, Dennis'in kendi sesindendi, sürekli "Oraya git ve onları büyüle, Dennis. Sen bu şirketin sahip olduğu gelmiş geçmiş en iyi satışçısın! Elinde oyuncak olacaklar. Gülümsemeni takın ve işte seni sevecekler." şeklinde devam eden kendisine moral verdiği ve cesaretlendirdiği uzun bir cesaretlendirme konuşmasıydı. Ne yazık ki kaydın net etkisi muhtemelen gerginliği arttırma yönündeydi. Bu kaygıya karşın, klinikte yansıttığı özgüven havasına benzer biçimde, satışçı olarak da rol yapmayı beceriyordu. Fakat kendi içinde, oldukça mutsuzdu.

Sosyal Geçmiş

Dennis çocukken utangaç olduğunu hatırlıyordu. Bununla birlikte, diğer çocukların arkadaşlığını seviyordu ve hep birkaç tane arkadaşı olmuştu. Ergenliğe ulaştığında, özellikle kızların yanında çekingendi. Çekingenliğini yenmek için, lisede tiyatro kulübüne katılmış ve prodüksüyonların birkaçında önemsiz bölümlerde oynamıştı. Bu deneyim arkadaş olabileceği diğer öğrencilerle tanışmak için kolay bir yol olmuştu. Ayrıca kendini aptal durumuna düşürmeden, bir grup insanın önünde konuşabildiğini de öğrenmişti, fakat insanlara konuşma yapmaktan ve sosyal durumlardan rahatsız hissetmeye devam ediyordu.

Liseden mezun olduktan sonra, özel bir sosyal bilimler fakültesinde iki yıl okumuştu. Lisede orta derecede iyi bir öğrenci olmasına karşın, üniversitede akademik problemler yaşamaya başlamıştı. Ara sıra bu performansını test kaygısına bağlıyordu. Kendi cümleleri ile sınavlarda "boğuluyordu". Sınıfa girdikten kısa bir süre sonra, avuçları ciddi bir şekilde terlemeye başlıyordu. Sonrasında nefes alışverişi kesik kesik, hızlı hâle geliyor ve ağzı çok fazla kuruyordu. Durum iyice kötüleştiğindeyse beyni duruyordu. Notları düşmeye başlamıştı ve ilk yılının sonunda şartlı olarak geçmişti.

Üniversitedeki ikinci yılında, Dennis sindirim sistemi ile ilgili sorunlar yaşamaya başlamıştı. Her zaman hassas bir bir midesi vardı ve çok fazla gaz ve mide bulantısı yaptıkları için besin değeri yüksek ve kızarmış yiyeceklerden kaçınıyordu. Son sınıfta belirtiler kötüleşmişti. Aralıklarla kabızlık, kramp ve ishal gibi sorunlardan şikâyet ediyordu.

Dennis'in lise ve üniversite hayatı boyunca birkaç kız arkadaşı olmuş ve düzenli olarak birileriyle çıkmıştı. Üniversitedeki ikinci yılında, aynı okulda birinci sınıfta olan Mary ile ciddi bir ilişkileri olmuştu. O ve Dennis benzer ilgi alanlarına sahiplerdi ve birbirlerinin arkadaşlıklarından hoşlandıkları için oldukça büyük bir zaman dilimini birlikte geçiriyorlardı. O akademik yılın sonunda Dennis üniversitede işinin bittiğine karar verdi. Derslerinden sıkılmış ve ailesinin daha iyi notlar alması yönündeki baskısından da yorulmuştu. Eski bir arkadaşı, yakın bir zamanda bir sigorta firmasında iyi kazandıran bir işe girmişti ve Dennis birkaç şirket için başvuru belgelerini doldurmaya karar vermişti. Yakın bir eyaletteki bir şirkete satıcı pozisyonu için teklif almıştı. Mary de okulu bırakmaya karar vermişti. Dennis ve o birlikte yaşamaya başlamış ve iki yıl sonra da evlenmişlerdi.

Dennis ve Mary ilk üç yıl boyunca orta derecede mutlulardı. Dennis işinde başarılıydı ve Mary de sonunda lisanslı bir emlakçı olmuştu. İkisi de ayrı ayrı şirketlerinde terfi alınca bir anda kendilerini çok daha fazla çalışır ve çok daha az birlikte zaman geçirir hâlde bulmuşlardı. İlgi alanları da ayrılmaya başlamıştı. Mary biraz zamanı olduğunda ya da akşamları boş olduğunda, restorana ya da partilere gitmeyi seviyordu. Dennis ise evde kalmayı ve televizyon izlemeyi seviyordu.

Dennis'in ilk gerçek panik atağı 24 yaşındayken olmuştu. Mary ve Mary'nin patronu ve eşi ile birlikte bir akşam yemeği yerindelerdi. Dennis'in tekrarlayan karşı çıkmalarına karşın, o akşam birkaç haftadır planlanıyordu. Dennis halka açık alanda yemek yeme konusunda oldukça sıkılgandı ve Mary'nin iş arkadaşlarını da önemsemiyordu; fakat sonunda bu yemek Mary'nin firmadaki ilerlemesi için önemli göründüğünden eşlik etmeye ikna olmuştu. Ayrıca yemekten sonra oynanacak oyunu izlemek için de dört gözle bekliyordu. Yemek ilerlerken, Dennis son derece rahatsız hissetmeye başlamıştı. Yemek boyunca özellikle gecenin kalanını erkekler tuvaletinde geçirmesine sebep olabilecek sindirim sistemi ile ilgili ataklardan birini yaşıyor olabileceği konusunda endişelenmişti. Problemi Mary'nin tüm arkadaşlarına açıklamak istememişti. Bu tür bir atağı önlemek amacıyla midesi için antispastik ilaçlardan almış ve az yemişti. Herkes tatlısını bitirirken, Dennis boğazında ve göğsünde bir boğulma hissi yaşamaya başlamıştı. Nefes alamıyordu ve oracıkta bayılacağından neredeyse emindi. Konuşamıyor ya da hareket edemiyordu, son derece dehşet verici bir biçimde sandalyesinde donmuş bir şekilde kalmıştı. Diğerleri kısa bir sürede bir şeylerin ters gittiğini fark etmiş ve yiyeceğin genzine kaçtığını düşünmüşlerdi, Mary sırtına kürek kemiklerinin arasına vurmaya başlamıştı. Şimdi de göğsünde bir ağrı vardı ve kalp çarpıntıları yaşamaya başlamıştı. Dennis, sonunda bir kalp krizi geçirdiğini düşündüğünü hırıltılı bir biçimde söylemişti. Diğer iki adam ona kalkmasında yardımcı olmuş ve garson, onları binadaki Dennis'in uzanabileceği bir bekleme odasına yönlendir-

mişti. Otuz dakikadan az bir süre sonra bütün belirtiler geçmişti. Dennis ve Mary diğerlerinden özür dilemiş ve eve gitmişlerdi.

Dennis bu deneyimden korkmuş fakat tıbbi bir tavsiye aramamıştı. Fiziksel olarak iyi durumda olduğuna ikna olmuş ve o atağı yediği bir şeye ya da yemekle ilacın etkileşimine atfetmişti. Bununla birlikte, Mary ve arkadaşlarıyla restoranlara gitmeye daha da isteksiz hâle gelmişti. İlginç bir şekilde, belirgin bir rahatsızlığı olmadan kendi iş arkadaşları ile iş için öğle yemeği yemeye devam ediyordu.

İkinci panik atak 6 ay sonra, tek başına iş için trafikte araba kullanırken meydana gelmişti. Semptomlar aynıydı; ani bir boğulma hissine nedensiz, yoğun bir korku eşlik ediyordu. Neyse ki, bu hisler başladığında Dennis trafiğin sağ şeridindeydi. Arabasını yolun kenarına çekebilmiş ve bu yaşantı geçene kadar koltukta uzanabilmişti.

Bu noktadan sonra, Dennis tıbbi yardım almaya ihtiyacı olduğuna ikna olmuştu. Kendisine tam bir fiziksel muayene yapan dâhiliye alanında uzmanlaşmış bir doktordan randevu almıştı. Kalp ve damarla ilgili ya da sindirim sistemi ile ilgili bir patolojiye dair hiçbir bulgu yoktu. Doktor, Dennis'e problemin sinirsel göründüğünü söylemiş ve ona genellikle kaygı bozuklukları ve uykusuzluk tedavisinde kullanılan yüksek etkili bir benzodiazepine olan alprazolam (Zanaks) yazmıştı. Dennis 4 ay boyunca günde üç kere 2 miligram Zanaks (Xanax) almıştı. İlaç rahatlamasına yardımcı olmuş ve diğer ilaçları ile birleştiğinde sindirim sistemi stresini de iyileştirmiş gibi görünüyordu. Bununla birlikte, yan etkilerden (sersemlik ve dengeyi kaybetme hissi gibi) ya da kaygısını kontrol altında tutmak için ilaçlara bağımlı olma hissinden hoşlanmamıştı. Sonuncu etkeni bir tür zayıflık belirtisi olarak görüyordu ve sonunda Zanaks almayı da bırakmıştı (doktorun tavsiye ettiği şekilde, günlük dozajı gitgide düşürerek).

Mary evlendikten 3 yıl sonra (Dennis'in ilk panik atağından iki yıl sonra) Dennis'e boşanmayı önermişti. Dennis buna şaşırmamıştı; ilişkileri ciddi biçimde kötüleşmişti. Akşamları ya da hafta sonları onunla dışarı çıkmak konusunda daha da isteksiz hâle gelmişti ve evde kalıp sinirlerini yatıştırmaya ihtiyacı olduğu konusunda ısrar ediyordu. Kalabalık halka açık mekânlarda endişeleniyor ve nerede, ne zaman araba kullandığına özellikle dikkat ediyordu. İş trafiğinden kaçınmaya çalışıyordu. Ağır trafikte araba kullandığında, daha yavaş olmasına karşın, atağı olursa yol kenarına çekebilsin diye, her zaman sağ şeritte kalıyordu. Uzun köprüler onu son derece rahatsız ediyordu çünkü kenara çekme imkânı sağlanmıyordu; "nöbetlerinden" birinde bir köprüde sıkışıp kalma ihtimalinden çok korkuyordu.

Bu korkular işini yapmasına engel olmuyordu. Kendisini yeni insanlarla tanışma konusunda zorluyor ve her gün uzak yerlere gitmek için uzun süre araba kullanıyordu. En şiddetli etki Dennis'in sosyal hayatındaydı. Bu artan kısıtlamalar Dennis ve Mary arasında daha çok gerginliğe sebep oluyordu. İkisi de gittikçe daha huzursuz hâle geliyor ve birlikte olmaktan nadiren keyif alıyorlardı. Mary artık onunla yaşamaya katlanamayacağına karar verince, Dennis de boşanmaya razı olmuştu.

Mary gittikten sonra, Dennis 5 yıl sonra tedaviye başladığında hâlâ yaşamakta olduğu daireye taşınmıştı. Şiddeti değişmesine karşın kronik kaygısı, ara sıra olan panik atakları, baş ağrıları ve sindirim sistemi problemleri, neredeyse hiç de-

ğişmeden devam etmişti. Birkaç tane arkadaşı vardı ve onlarla oldukça sık görüşebiliyordu. Bununla birlikte, geniş kalabalıkları içeren durumlardan kaçınıyordu. Boşanmasından 4 yıl sonra, Elaine ile tanışmıştı. Elaine ondan birkaç yaş büyüktü ve Mary'den daha az sosyaldi. Sessiz televizyon izledikleri akşamları birlikte geçirmekten ve ara sıra da kâğıt oynamak için bir iki çift ile bir araya gelmekten keyif alıyorlardı. Evlenmek istemelerine karşın, ne Dennis ne de Elaine işleri aceleye getirmek istemiyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Dennis tedaviye başladığında, kaygısını özellikle de panik atak formunda en aşırı düzeye ulaştığında, nasıl kontrol edebileceğini öğrenmek istediğini ifade etmişti. İlaç alma konusunda rahat hissetmiyordu çünkü ilacı yapay bir "koltuk değneği" gibi düşünüyordu. Kaygı tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlara dair birkaç makale okumuştu ve bu tür bir yaklaşımı takip edebileceği bir terapist arıyordu. Aslında, böyle birini de bulmuştu.

Dennis'in geçen birkaç yıl boyunca yaşadığı zorluklar yaygın kaygı ve ara sıra meydana gelen panik atakların komplike bir karışımını içeriyordu. Terapisti, Dennis'in problemlerini strese yatkınlığın ve yüksek kaygı düzeylerini arttıran ve yüksek tutan birtakım bilişsel davranışsal tepkilerin etkileşiminin bir sonucu olarak görüyordu. Panik bozukluk sahibi birçok hasta gibi, Dennis de ilk panik atağını çok stresli olarak algılanan (eşinin patronu ile akşam yemeği) bir etkinlikte yaşamıştı. Bu travmatik deneyimden sonra, başka bir atak geçirme ihtimali olan durumlardan gittikçe korkar (ve kaçınmaya çalışır) hâle gelmişti. Bu kaçınma kısmen, gelecek olaylar ve diğer insanlarla etkileşimine dair kendi kendisine söylediği çarpıtılmış ve gerçekçi olmayan şeylerle sürdürülüyordu. Örneğin, Dennis eğer birisi ondan hoşlanmazsa bunun bir felaket olacağına inanıyordu. Ayrıca kendi kendisine firmadaki en iyi satışçı olması gerektiği konusunda ısrar ediyor—ve eğer değilse, bunun bir başarısızlık olacağını düşünüyordu. Dennis'in sosyal durumlarda, özellikle de iş ile ilgili durumlarda daha rahat hissetmesini sağlamak için kendisinden beklediği bu tür uyumsuz talepler kendisine söyleyeceği daha faydalı cümlelerle değiştirilmeliydi.

Terapist, Dennis'le yaygın kaygısının azalması ve ayrıca panik atakların ortadan kalkması için yardım edeceğine dair kontrat yapmıştı. Dennis'in durumunda, panik ataklar göreli olarak az olduğundan bu özellikle önemliydi. Ona çevresi ile baş etmede ve çevresi hakkında düşüncelerinde daha uygun yollar öğretilerek yaygın kaygısının azalması sağlanabilirdi. Tedavi uygulamalı gevşeme eğitimi ve bilişsel yeniden yapılandırmadan oluşuyordu. Bu beceriler öğrenildikten sonra, terapi seansları Dennis'in başka bir panik atak geçirmekten korktuğu durumlardan kaçınmasını azaltmayı amaçlayan durumsal maruz bırakmaya dönüşecekti. Problemin kavramsallaştırılması ve bir tedavi planının oluşturulması sürecine Dennis'in terapiste karşı davranışlarında da gözle görülür bir değişim eşlik etmiş-

ti. Dennis daha az savunucu hâle gelmiş ve sinir bozucu yüzeysel cesaret gösterilerini bırakmıştı.

Terapist, tedaviye gevşeme konusundaki eğitimle başlama kararı almıştı. Başlangıçtaki amacı daha fazla panik atak oluşumunu engellemek değildi. Onlar tabi ki, Dennis'in problemlerinin en önemli ve en belirgin olanlarıydı. Fakat panik atakların sık olmaması, Dennis onları kontrol etmeyi öğrense bile, uzunca bir süre Dennis'in durumdaki gelişmeyi fark edemeyeceği anlamına da geliyordu. Bu sebeple, terapistin ilk hedefi, daha basit olan ve sonuçlarını kısa sürede alacakları için Dennis'in değişim için çabalama motivasyonunu arttıracak bir alan seçmekti. Tüm bunlar düşünüldüğünde, başlamak için en uygun alan, Dennis'in işten eve döndüğünde gevşeyememesiydi.

Gevşeme eğitimi kas gerilimini kontrol edebilmek için kullanabileceği aktif bir başa çıkma becerisi olarak Dennis'e tanıtıldı. Terapist, Dennis'e bu uygulamayı klinik ortamda nasıl kullanacağını öğreterek başlayacağını açıkladı. Dennis'in de gevşemeyi evde birkaç hafta boyunca günlük olarak pratik etmesi bekleniyordu. Dennis kaygı düzeyinde ani bir değişim beklememesi konusunda uyarılmış ve birçok kişi için, gevşeme becerilerinin ciddi düzeyde çaba gerektirdiği konusunda bilgilendirilmişti.

Gevşeme eğitimine altıncı seansta başlanmıştı. Terapist, Dennis'den arkaya yaslanılabilen sandalyesinde rahat bir pozisyonda gerinmesini istedi ve sonra sıra ile bir dizi kas grubunun gevşetilmesini içeren uygulamayı gösterdi. Terapist, Dennis'in dikkatini nefes alma örüntüsüne çekti ve ondan derin ve yavaş nefes almasını istedi. Dennis rahat olduğunda, terapist ondan dirseklerini sandalyenin kollarından kaldırmasını ve ellerini yumruk yapıp sıkmasını istedi. Bu pozisyonda kas gerginliğine dikkat ederek, beş saniye boyunca kalması ve sonra yumruğunu bırakması talimatı verdi. Bu döngü diğer bir dizi kas grubu için de tekrarlandı. Bu süreç boyunca terapist, Dennis'e yavaşça ve derin bir şekilde nefes almasını hatırlattı.

Dennis gevşeme eğitimine olumlu yanıt verdi. Uygulamanın başında, garip ve benlik farkındalığını yüksek hissetse de kısa sürede bu durumun üstesinden geldi. Tam bir gevşeme durumuna ulaşmadığını düşünse de, seansın başında olduğundan daha gevşemiş hissediyordu ve gelecek hafta boyunca bu uygulamayı yapmayı dört gözle beklediğini belirtmişti. Terapist gelişiminin kaydını tutabilmesi için öznel bir değerlendirme ölçeğini anlatmıştı. Dennis'ten on puanlık bir ölçeği kullanarak, uygulama seansından önce ve sonra her öznel gerginlik düzeyinin 1 ile tam bir rahatlama ("uyumadan önce hissedilen sessiz, yayılan bir hisse benzer") ve 10 maksimum gerginlik arasında ("zaten kötü geçmiş bir günün üstüne bir de potansiyel bir müşteri poliçeyi almaktan vazgeçtiğinde hissettiğiniz gibi") bir kaydını tutması istenmişti.

Dennis ev ödevini tamamlamayı aksatmıyordu. Uygulama öncesinde ortalama gerginlik öz değerlendirmesi 6-7 iken uygulamadan sonra 3-4 civarındaydı. Egzersizden keyif almıştı ve gerginliği ile başa çıkabilmek için sonunda bir beceri edindiğinden, bu durumdan memnundu. Durumu açıkça umut vericiydi.

Eğitimin ilk ayı sonunda, Dennis her uygulama seansı sonunda gerginlik düzeyini düzenli olarak 1-2 puan düşürmeyi başarmıştı. Uygulamayı sadece çok yüksek gerginlik dönemlerinde kullanmakta sorun yaşıyordu. Örneğin, uygulamanın ikinci haftasında, öğleden sonra başlayan ve gece boyunca devam eden şiddetli baş ağrısını geçirmek için gevşeme egzersizini denemiş ve egzersizle gevşeyememişti. Terapist, Dennis'in bu durumdan dolayı cesaretinin kırılmaması gerektiğini çünkü en ciddi düzeydeki stresle başa çıkmasına imkân verecek uzmanlık düzeyine henüz ulaşmadığını belirtmişti. Ayrıca Dennis'e gevşemenin amacının, kas gerginliğinin öylesine yüksek bir düzeye ulaşmadan önce farkında olmanın öğretilmesi olduğunu da eklemişti. Böylelikle gevşeme, şiddetlendikten sonra baş ağrısı ile başa çıkmanın bir yolu olarak değil, bir tür önleme uygulaması olarak görülebilirdi.

Dennis gevşeme konusunda kayda değer bir ilerleme gösterdikten sonra, terapist konuşmalarının odağını bilişsel yeniden yapılandırma olarak bilinen bir sürece çevirdi. Terapist duyguların ve hislerin, insanların kendilerine ne söylediğinden etkilendiği gözlemini paylaşarak başlamıştır. Diğer bir deyişle, karşılaştığımız objektif durum değil, bizim o durum ile ilgili kendimize ne söylediğimiz, duygusal tepkilerimizde belirleyici oluyordu. Örneğin, geniş bir izleyici karşısında konuşmaktan korkan bir kadın fiziksel bir tehdit karşısında değildir. Büyük ihtimalle yerinde olmayan bir kaygı düzeyine sahip olmasına sebep olan, kendi kendisine seyirci ile ilgili ("Benim aptal olduğumu düşünecekler" ya da "Eminim ki hiçbirisi benden hoşlanmayacak") söyledikleridir. Terapist dikkatli bir şekilde, Dennis'in durumuna özel bir referans vermekten kaçınarak bilişsel yeniden yapılandırmanın arkasındaki genel prensibi açıklamıştır.

Dennis bilişsel yeniden yapılandırmanın varsayımlarını anladığında, terapist şiddetli kaygı ile ilişkili birkaç bilişsel çarpıtmayı özetlemiştir. Buna örnek olarak, olasılığı abartma verilebilir. Bu çarpıtma türünde kişi olumsuz olayın meydana gelme olasılığını çok abartılı olarak değerlendirmektedir. Diğer bir bilişsel çarpıtma türü, *felaketleştirici düşünce* olarak isimlendirilen, olumsuz olayların sonuçlarını abartma eğilimidir. Bu tip düşünmeyi kullanan kişiler, hayal edilen olayın aslında hoş olmasa da katlanılabilir olacağını söylemek daha doğru olacakken, bu durum tamamen dünyanın sonuymuş gibi davranırlar.

Dennis'in bu kavramlara dair ilgisi uyanmıştı ve konuşma boyunca sıklıkla, diğer insanların (önceki eşi Mary gibi) bilişsel çarpıtmalar yaparak kendilerini mutsuz ettiği örnek durumları düşünmüştü. Daha fazla konuştukça, terapist, Dennis'e bu tür düşünmeyle ilgili kendisine dair örneklerin aklına gelip gelmediğini sordu. Başta, bu zordu. Terapist, bizim sıklıkla çarpıtılmış düşüncelerin farkında olmadığımızı; onların çok derine yerleşmiş olduğunu ve sürekli tekrarlandığı için de otomatik hâle geldiğini belirtmiştir. Topluluk önünde konuşma kaygısı olan biri, bir seyirci ile karşılaştığında, kendisine "yaptığım her şeyde, topluluk önünde konuşmak dâhil, mükemmel olmalıyım ve hepsi benim şakacı ve çalışkan olduğumu düşünmeli. Eğer öyle olmazsa,berbat, başarısız bir insanım." şeklinde fısıldar. Bu durumda hissedilen tek öznel deneyim, ani ve üstesinden gelinemez bir korku olabilir. Bununla bir-

likte, bu duygusal tepki kendi kendine söylenen cümleler ile düzenlenebilir. Dahası, eğer bu kişi daha az çarpıtılmış bir biçimde (ör., "Umarım iyi bir iş çıkarırım ve birçok kişi konuşmadan keyif alır fakat öyle olmazsa da bu dünyanın sonu değil") düşünmeyi öğrenebilirse, kaygı kontrol edilebilir.

Bu konuşmalar sonraki birkaç seans boyunca sürmüştü. Seanslarda zamanın çoğu Dennis için kaygı uyandırıcı olan ve bu tepkiye eşlik eden kendi kendine söylediği cümlelerin belirgin örneklerinin bulunması ile geçmişti. Bunların birçoğu müşterileri ile ilişkileri etrafında şekilleniyordu. Bilişsel yeniden yapılandırma yaklaşımının bu durumlara uygulanabilirliği, özellikle randevulardan önce kendisini motive etmek için yaptığı ses kaydında açıktı. Terapist, Dennis'in kaygısı ile başa çıkabilmek için çabalarında doğru yolda olduğunu fakat, oradaki birçok cümlenin kendisine dair gerçekçi olmayan beklentiler yaratarak problemi daha da şiddetlendirdiğini belirtmişti. Şirketteki en iyi satışçı olduğu için müşterinin ondan hoşlanacağı konusunda kendini ikna etmek yerine, eğer kendi üzerine yüklediği beklentileri azaltabilir ve kariyerindeki başarı veya başarısızlığının tek bir müşterinin sözleşmesine bağlı olmadığını fark edebilirse, Dennis kaygısını daha iyi kontrol edebilecekti.

Dennis, gitgide birçok durumda kaygıya sebep olan çarpıtılmış düşüncelerini fark etme konusunda uzmanlaşmıştı. İlk başta, bu durumları sadece terapist ile konuşmalarında dikkatle inceliyordu. Birlikte felaketleştirici düşüncelere meydan okumuş ve daha gerçekçi, kanıta dayalı mantık ile değiştirmişlerdi. Dennis, olumsuz olayların etkisinin (bir müşteri tarafından reddedilmek gibi) üstesinden gelinebilir ve kısa süreli olduğunu fark etmeyi faydalı bulmuştu. Tabi ki amaç, stresli deneyimlerden önce ve stresli yaşantılar sırasında kendi uyumlu cümlelerini bir başa çıkma tepkisi olarak harekete geçirene kadar bu becerileri denemesine yardımcı olmaktı. Bu süreci hızlandırmak ve bu yeni bilişsel tepkilerin, terapi seansları dışında genellemesini sağlamak için terapist, Dennis'den bir günlük tutmasını istemişti. Her gece, birkaç dakikasını gün boyunca özellikle kaygılı olduğu herhangi bir durumu yazmaya ayırıyordu. Kaygısı ile ilişkili olabilecek çarpıtılmış düşünceleri ve uygun olabilecek kendi kendine söyleyebileceği cümleleri de not olması istenmişti. Bu kaydı 4 hafta tuttuktan sonra, Dennis sosyal durumlarda ve satış ziyaretlerinde daha az kaygılı hissetmeye başladığını belirtmişti.

Tedavideki son aşama Dennis'in daha önce panik atakla ilişkilendirdiği durumlardan kaçınması ile ilişkiliydi. Psikoloğa ilk ziyaretinden beri 3 aydır hiç panik atak yaşamamıştı, çünkü Elaine'e herhangi bir sinema, restoran ya da mağazaya gitme konusunda eşlik etmeyi reddediyordu. Şimdi, hızlıca ve gevşetme uygulamalarının yardımı olmadan gevşeme durumuna geçebiliyordu. Bu sebeple, terapist korkulan ve kaçınılan durumlara maruz bırakma programına başlamaya karar verdi. Bu, Dennis'i kasıtlı bir biçimde daha önce endişe ve korku duygularına yol açan durumlara sokarak ve panik atak geçirmediğini başarılı bir şekilde ona gösterene kadar orada kalması sağlanarak, canlı (başka bir deyişle, doğal ortamda) uygulamalarla başarılabilirdi. Tedavinin başında, bu uygulama başarısız olmaya mahkum görü-

nüyordu, çünkü Dennis bu tür durumlarla başa çıkabileceğine inanmıyordu. Terapist, Dennis'in şu an ne tür bir kaygı deneyimlerse deneyimlesin başa çıkabileceği yeni beceriler elde ettiğini belirtmişti.

Özellikle oldukça basit bir durum ile başlamışlar ve Elaine'in Dennis'e eşlik etmesini ayarlamışlardı. Dennis, onun varlığının kendisini daha güçlü hissettireceğini belirtmişti. O hafta için ödevi, belirli bir mağazaya, büyük kalabalıklar orada değilken, hafta içi sabah saatlerinde gitmek ve ön girişin hemen içinde bulunan erkek bölümüne bakarak 15 dakika geçirmekti. Bu görev başarı ile tamamlandığında, Dennis'in sırayla ve artan sürelerle kendisini maruz bırakacağı stresli durumlar için hiyerarşi hazırladılar. Bunlar daha basit durumlarla, erkekler bölümündeki ilk uygulama gibi başlıyor ve önceden onun için en zor olanlarla devam ediyordu. En sonuncusu Elaine ile bir oyuna gitmek ve sıranın ortasında (koridora ya da çıkışa kolay bir şekilde ulaşımın olmadığı bir yerde) oturmayı içeriyordu.

Tedavi seansları 6 ay sonunda bitirilmişti. Dennis bu süre boyunca ciddi bir biçimde ilerleme kaydetmişti. Maruz bırakma hiyerarşisindeki tüm durumlarda başarılı bir şekilde ustalaşmış ve tedaviye başlamasına neden olan panik atağından beri hiç panik atak deneyimi yaşamamıştı. Genel kaygı düzeyi de ciddi biçimde azalmıştı. Ara sıra, özellikle de çok yoğun günlerin ardından gerginlikle ilgili baş ağrıları yaşamaya devam ediyordu, fakat bunlar daha az sıklıkla (ayda iki ya da üç kez) meydana geliyor ve önceden olanlara göre daha az şiddetli oluyordu. Uyuyamama problemi tamamen ortadan kaybolmuştu. Ne zaman uyku ile ilgili zorluk yaşasa, gerginlik-gevşeme uygulamasını kullanıyordu. Bu yolla, kas gerginliğini ortadan kaldırıyor ve üzerine endişelendiği problem her ne ise dikkatini dağıtıyordu. Ne yazık ki sindirim sistemi ile ilgili problemi devam ediyordu. Hâlâ zaman zaman meydana gelen kabızlık ve ishalden şikâyetçiydi ve rahatsızlığı azaltmak için buna özel olarak verilen ilaçlarını kullanmaya devam ediyordu.

Tartışma

Kaygının en öne çıkan belirti olduğu hastalıklar oldukça yaygındır. Her ne kadar bu kişilerin sadece dörtte biri problem için tedavi alsa da, herhangi bir yılda, Amerika'daki insanların yüzde 17'si en az bir kaygı bozukluğu türünden şikâyetçi olmaktadır (Young, Klap, Shoai ve Wells, 2008). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (APA, 2013) kaygı ve kaçınma içeren dokuz bozukluk belirlemiştir:

1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
2. Seçici Konuşmazlık
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
5. Panik Bozukluk
6. Agorafobi

7. Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB)
8. Madde/İlaçla Tetiklenmiş Kaygı Bozukluğu
9. Diğer Tıbbi Durumlara Bağlı Kaygı Bozukluğu

Birçok kişi belirtilerin bir karışımını göstermektedir ve birden fazla hastalık için (Dennis'in durumunda panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu) ölçütlerini karşılamaktadır. YKB için tanısal ölçütleri karşılayan kişilerin birçoğu, ayrıca en az diğer bir tür kaygı bozukluğu veya majör depresyon tanısı kriterlerini karşılar (Moffitt ve ark., 2007; Turk ve Mennin, 2011). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (APA, 2013), tanım ve organizasyonunda kaygı bozukluklarına panik atakların eşlik edip etmemesi durumuna özellikle önem verir. Bu son derece korkutucu, nadiren birkaç dakikadan fazla süren, aralıklı kaygı ve korku dönemlerine; nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, tıkanma ve boğulma hissi, baş dönmesi, terleme, titreme ve sarsılma hisleri eşlik eder. Dennis gibi bazı hastalar, yılda sadece bir ya da iki atak yaşarlar; bununla birlikte bunu günlük olarak yaşayanlar da olabilir.

Bir panik atak belirli bir süre süren büyük bir korku ve rahatsızlığa eşlik eden, başlangıcından itibaren birkaç dakika içinde en şiddetli düzeyine ulaşan belirtileri içerir. Belirtiler çarpıntı; kalp çarpıntısı; kalp hızında artma, terleme, titreme ya da sarsılma; nefesi yakalayamama ya da tıkanma hissi; boğulma hissi; göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı; bulantı ya da karın ağrısı; delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu; ölme korkusu; uyuşukluk ya da karıncalanma; ürperme ya da sıcak basmalarını içerebilir. Panik atak olarak nitelendirilmesi için kişilerin bu belirtilerden en az dördüne sahip olması gerekmektedir (APA, 2013).

DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nın Panik Bozukluk için ölçütlerine göre, kişinin tekrar eden, beklenmedik panik ataklar yaşaması gerekmektedir. Bu ataklardan en az bir tanesini, en az bir ay süren, kişinin daha fazla atak geçirmek konusunda kaygılandığı ya da ataklar sonucunda davranışların değiştiği bir dönem takip etmelidir.

Fobik bozukluklarda en önemli etmen, kişinin kaçınmak için belli bir çaba gösterdiği, belirli bir nesne ya da duruma karşı sürekli, mantık dışı korkudur. *Agorafobi* kaçmanın zor olacağı ya da eğer ihtiyaç olursa, yardım gelmesinin mümkün olmayacağı durum ve yerlerde bulunmaktan duyulan abartılı düzeyde bir korku olarak tanımlanır. Agorafobinin şiddetli vakalarında, kişi tamamen eve bağımlı-yoğun kaygı yaşamaktan korktuğu için dışarı çıkmaya cesaret edemez hâle gelir. Agorafobikler, özellikle de panik atak süresince, sıklıkla fiziksel olarak hastalanmak, bayılmak, kalp krizi geçirmek ya da ölmekten korktuklarını dile getirirler. Bu korkular, eğer kişinin desteğe (ör., bir arkadaş) ya da kaçış için bir yola ulaşımı kesilmiş ya da bozulmuşsa artmaktadır. Agorafobi vakalarının birçoğu panik ataklarla başlamaktadır.

Fobik bozukluklarda görülen kısıtlı korkuların aksine, YKB 6 ay boyuna gerçekçi olmayan ve aşırı kaygı ve endişenin olduğu günlerin, aşırı kaygı ve endişenin olmadığı günlerden fazla olması durumuyla tanımlanır. Bu kaygılarla ilişkili olarak kişinin belirtilen semptomlardan üç ya da daha fazlasını göstermesi gerekmektedir: huzursuzluk ya da endişeli veya gergin hissetme, çabucak yorgun düşme, konsantrasyon zorluğu, huzursuzluk, kas gerginliği ve uyku bozukluğu.

Dennis Panik Bozukluk, Agorafobi ve YKB için tanı ölçütlerini karşılamaktaydı. Panik atakları özellikle sık olmamasına karşın, sürekli olarak başka bir tane geçirmekten korkuyordu. Kolayca çıkmanın zor olacağı halka açık yerlerde bulunma kaygısı gibi davranışları agorafobi ölçütlerini karşılıyordu. Zaman zaman kendisini bu tür durumlara girme konusunda zorluyordu, fakat sosyal aktivitelerindeki kısıtlılık hayatını olumsuz yönde etkiliyordu. Dennis'in korkusu tamamen eve bağımlı olacak kadar şiddetli değildi, fakat kaçamayacağını düşündüğü halka açık alanlardan kaçınıyordu.

Dennis, ayrıca *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nın* YKB için tanı ölçütlerini de karşılıyordu (APA, 2013). Bu durum kas gerginliğinden, gevşeyememesinden, sıklıkla olan baş ağrılarından ve sürekli yorgunluktan şikâyetçi olduğu açıkça belli oluyordu. Düzensiz bağırsak hareketleri ve ishali, otomatik zorlukların daha başka işaretleriydi. Sürekli endişe ve sıklıkla uyku zorlukları yaşıyordu.

Araştırmacıların bildirdiği özgül kaygı bozukluklarının toplumda görülme sıklığına dair veriler, *Epidemiyolojik Alan Çalışması* (EAÇ) olarak bilinen, beş Amerika şehrinde ruhsal hastalıkların dağılımı ile ilgilenen, geniş ölçekli bir çalışmayı içermektedir (Robins ve Regier, 1991). Yaklaşık olarak 12 aylık süre boyunca görüşme yapılan yüz kişiden her altısı, bir; bazıları da birden çok alt kategoriye uyan fobik bozukluk bildirmiştir. Özgül fobiler en yaygın olanlardan olup (yaklaşık yüzde 5), onu agorafobi (yaklaşık yüzde 3) ve sosyal fobi (yaklaşık yüzde 2) takip etmektedir. Özgül fobiler ve agorafobi, erkeklere kıyasla kadınlar arasında daha yaygındır; sosyal fobi için ise cinsiyet farklılıkları daha az belirgindir. Bu çalışmada, YKB'de 12 ayda yüzde 4 ortaya çıkması ile göreli olarak yaygın bulunmuştur. Diğer bir yandan Panik Bozukluk, kaygı bozukluklarının en az görülen türü olmuştur. EAÇ çalışmasında yer alan katılımcıların yüzde 1'inden biraz fazlasının, görüşmeden önceki 12 ay süresince Panik Bozukluk tanı ölçütlerini karşılayacak nitelikte olduğu belirtilmiştir.

Depresyon ve madde kötüye kullanımı sıklıkla kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilir (Conway, Compton, Stinson ve Grant,2006). Kaygı bozukluğuna sahip hastalardan en az yarısı hayatlarının bir döneminde bir majör depresyon dönemi yaşamaktadır. Alkolizm ve yatıştırıcı maddelerin kötüye kullanımı kronik gerginlik ve yaygın kaygı ile başa çıkmak için madde kullanım girişimlerinin yaygın sonuçlarıdır. Aslında, bazı hastalar doktorlar tarafından yazılan hafif sakinleştiricilere bağımlı hâle gelirler. Neyse ki, Dennis ilaç kullanımına bağımlı hâle gelmemişti. Zanaks daha rahat hissettirse de, ilaç kendi duyguları konusunda daha az kontrol sahibi hissettirdiği için, kullanmaya direnç göstermişti.

Panik bozukluğu olan kişiler tedavi aramaya karar verdiklerinde, çoğu zaman ruh sağlığı merkezindense genel tıbbi kliniğe gitmektedir (Craske ve ark., 2009). Bu kişiler tıbbi yardımı en çok kullananlar arasındadır. Dennis, trafik saatinde araba kullanırken panik atak geçirdikten sonra yardım alması gerektiğine ikna olmuştu. Bir psikolog ya da psikiyatriste danışmak yerine, dâhiliye uzmanını ziyaret etmişti. Bu örüntü, birkaç sebepten ötürü önemlidir. Gereksiz ve pahalı tıbbi test ve tedavilerden kaçınmak için birinci basamak hekimler, hastalarının bir

çoğunun, kaygı ve depresyon başta olmak üzere, ruhsal bozukluktan muzdarip olabileceği ihtimaline karşı tetikte olmalıdır. Panik bozukluk gibi bir problemin tanımlanması ve etkili tedavisi hastada oluşan stresi azaltırken, aynı zamanda tıbbi hizmetlerin toplam maliyetini de düşürür.

Ne yazık ki, bazen kaygı bozuklukları ve diğer tıbbi bozuklukların ayrımını yapmak zordur. Panik bozukluğu olan hastalar baş ağrıları, kalp damar problemleri ve sindirim sistemi bozuklukları gibi geniş ölçekli tıbbi belirtiler yaşarlar (Eaton ve ark., 1998). Dennis'in yaşadıklarına dönecek olursak, kronik sindirim sistemi problemleri bile, bu açılardan literatürle tutarlıdır.

Etiyolojik Değerlendirmeler

İkizlerle yapılan birçok çalışma, özellikle panik atak yaşantılarını içeren, kaygı bozukluklarının geçişinde genetik faktörlerin etkili olduğunu bulmuştur (ör., Hattema, Prescott, Myers, Neale ve Kendler, 2005). Veriler, YKB'nin diğer kaygı bozukluğu türlerine göre daha az kalıtsal olduğunu göstermektedir. Ailelerdeki çeşitli psikolojik bozuklukların dağılımını inceleyen çalışmalar, bazı kaygı ve depresyon formlarının etiyolojisinin bağlantılı olabileceğini belirtmektedir. Majör depresyon ve panik bozukluk tanısı olan hastaların birinci derece akrabalarında depresyon, kaygı bozukluğu ve alkolizmin görülme oranı psikiyatrik bozukluğa sahip akrabası olmayan kişilere ve kaygı bozukluğunun eşlik etmediği depresif akrabası olan kişilere kıyasla önemli derecede yüksektir. Sonuç olarak, biyolojik faktörler kaygı bozukluklarının etiyolojisinde etkili görünmektedir fakat çevresel olayların da etkisi vardır.

Bazı geleneksel psikolojik bakış açılarının kaygıya yaklaşımı, öğrenme teorisinin çeşitli formlarına dayanmaktadır. Dennis'in problemi, daha önce nötr olan (ör., kalabalık bir salonun) bir uyaranın, acı veren ve korkutucu bir durumla ilişkilendirilmesi ile öğrenilen bir korku tepkisi olarak görülmektedir. Dennis bir kez belirli bir durumdan korkmayı öğrenmiş ve bu tür durumlardan kaçınmış, kaçındıktan sonra da kaygı seviyesinde düşüş yaşamıştır. Böylelikle de bu tür durumlardan kaçınma davranışı pekişmiştir. Bu modelle ilgili birtakım problemler mevcuttur (bk., Mineka ve Zinbarg, 1995). Birincisi, kaygı bozukluğuna sahip hastalardan çok azı travmatik bir olay yaşadığını hatırlayabilmektedir. Dennis'in durumunda, ilk panik atağının kesinlikle korkutucu bir deneyim olduğu ve yaşadığı korkunun o an orada bulunan uyaranlarla eşleştirilmiş olabileceği söylenebilir. Bu süreç, onun kalabalık ve halka açık alanlardan kaçınma isteğinin nasıl ortaya çıktığını açıklamakta, fakat onun yoğun korkusunun esas başlangıcını açıklayamamaktadır.

Kaygı bozukluklarına bilişsel bakış açısı, kişilerin çevrelerinden aldıkları bilgiyi nasıl yorumladıklarına dikkat çekmektedir (Roth, Wilhelm ve Petit, 2005). Kronik, yaygın kaygı gibi işlevsel olmayan duyguların, kendi kendini baltalayan bilişsel şemaların bir ürünü olduğu düşünülmektedir. Bazı insanlar olayları olumsuz bir biçimde yorumlayarak kendilerini gereksiz bir şekilde kaygılandırmaktadır. Dünyayı kendilerine karşı yanlı bir şekilde çarpıtılmış olarak algılamaktadırlar. Çevresel olaylarla

tetiklenen olumsuz düşünceler ve imgeler sürekli tehdit altında olma ve güvensizlik duygularına sebep olmaktadır.

Panik bozukluğa dair bilişsel bir teori de, vücuttaki duyumların felaket şeklinde yanlış yorumlanması ile panik bozukluğun ortaya çıktığını savunan Clark (Clark ve ark., 1997) tarafından ortaya atılmıştır. Kaygılı bir duygudurumu olumsuz duygusal tepkilerin (kalp ve solunum hızında değişiklik, baş dönmesi, vb) eşlik ettiği çeşitli vücut duyumlarına sebep olmaktadır. Bu sürece, kişinin dikkat odağının daralması ve vücut duyumlarına karşı artan bir farkındalık eşlik etmektedir. Sonrasında, kişi vücut duyumlarını bir felaket şeklinde yanlış yorumlamaktadır.

Bu yaklaşımın, Dennis'in panik ataklarını nasıl açıklayabileceğini düşünün. İlk panik atağını yaşadıktan sonra, Dennis oldukça dikkatli hâle gelmiş ve başka bir atak geçirme durumuna karşı en ufak belirtiyi gözlemler olmuştu. Eğer herhangi bir sebeple nefesi kesilirse, bu deneyimi, başka bir atak geçiriyor olduğuna dair bir işaret olarak yorumluyordu. Bu tepki, süreç kontrolden çıkana kadar, Dennis'in korku duygusunu arttıran yanlış yorumlamalarla, geri bildirim döngüsünün sürekli çalışmasını sağlıyordu. Sonuç olarak, Clark'ın modeline göre, tehlike algısı ile ilişkili bilişsel yanlış yorumlama ve biyolojik tepkiler panik atakların oluşumu için gereklidir.

Tedavi

Dennis'i tedavi eden terapist, bilişsel bir bakış açısını gevşeme ile birleştirmişti (ör., Craske, 2010; Rodebaugh, Holaway ve Heimberg, 2004). Terapiste göre kaygının sürmesinde, Dennis'in sosyal durumlara dair algısının ve bu olaylara dair kendisine söylediklerinin önemli bir rolü vardı. Terapist, Dennis'e kaygısı ile ilişkili olan kendi kendine söylediği cümleleri fark etmesi konusunda yardımcı olmuş ve sonra stresli durumlarla başa çıkmakta daha etkili başa çıkmak için kullanabileceği daha uygun cümleleri modellemişti. Bu sürecin son bileşeni özellikle önemliydi. Dennis'in problemi konusunda "içgörü" kazanmasına yardımcı olmasına ek olarak, terapist ona başa çıkma tepkileri dağarcığında daha önce olmayan belirli bilişsel becerileri (işlevsel benlik-cümleleri) öğretmiştir.

Terapist müdahalenin sadece bilişsel yapısına güvenmemiştir. Dennis ile problemiyle ilgili konuşmaya ek olarak, belirli davranışsal tepkileri (ör., uygulamalı gevşeme) öğrenmesine yardım etmiş ve çeşitli durumlarla doğal ortamında yüzleşmesi konusunda ısrar etmiştir. Bu yaklaşım, değişim sürecinde bilişsel değişkenler önemli bir rol oynasa bile, en etkili tedavi programının performansa dayalı olduğu kavrayışı üzerine kuruludur. Bu, Dennis'in durumunda açıktır. Kalabalık ve halka açık yerlerde hissettiği endişe, maruz bırakma uygulamasının ardından uzmanlık kazandığı bir dizi duruma kadar anlamlı ölçüde düşmemiştir.

Panik bozukluğun bilişsel-davranışçı tedavisinin bir biçimi de Dennis'in durumunda uygulamaya konmayan bazı ek uygulamaları içerir. "Panik kontrol tedavisi" sıklıkla 12 seanslık bir diziyi takip eder ve üç özgül yöntemi kapsar (Barlow, 1997).

Öncelikle, bilişsel yeniden yapılandırma, kişinin fiziksel duyumlara dair hatalı yorumlamalarını düzeltmekte ve felaketleştirici düşünmenin sıklığını azaltmakta kullanılır. İkinci olarak, nefes alma yeniden eğitimi normalden daha hızlı bir şekilde soluk alıp vermeyi (hiperventilasyon) önlemeye yardımcı olmak için kullanılır. Üçüncü olarak, bedensel duyumlara yapılandırılmış maruz bırakma, kişinin panik ataklarla (ör., artmış kalp ve solunum hızı) ilişkilendirdiği belirtilere hassasiyetini azaltmakta kullanılır. Bu amaçla, kişiye olduğu yerde koşma veya dar bir pipetle nefes alma gibi bir dizi egzersiz yaptırılır. Eğer kişi agorafobik kaçınma da geliştirmişse, doğal ortamda maruz bırakma da tedavi programına eklenir.

Panik bozukluk çeşitli ilaçlarla da tedavi edilebilir. Depresyonun tedavisinde sıklıkla kullanılan, seçici seratonin geri alım engelleyiciler (SSRI'lar), panik bozuklukların tedavisinde de kullanılır (Simon ve Pollack, 2000). Bu ilaçlar fluoksetin (Prozac) ve fluvoksamini (Luvox) içerir. Alprazolam (Zanaks) gibi yüksek potansiyelli benzodiazepinlerin tersine, hastalar bir SSRI'a bağımlılık geliştirmeye daha az yatkın olurlar ve ilacı kullanmayı bıraktıklarında da daha az problemle karşılaşırlar. İmipramin (Tofranil) gibi trisiklik antidepresanlar da panik bozukluk tedavisinde etkilidir. Hastalar, genellikle trisiklik antidepresanlara göre daha az yan etkileri olduğu için SSRI'ları tercih ederler.

Kaygı bozuklukları ayrıca, alprazolam (Zanaks) ve diazepamı (Valium) içeren, benzodiazepin sınıfı ilaçlar olarak bilinen hafif yatıştırıcılarla da tedavi edilir. Dennis, Zanaksı ikinci panik atağından sonra bir ay boyunca kullanmıştır. Benzodiazepinler birçok kaygı belirtisini, özellikle de tetikte olma ve kas gerginliği, çarpıntı, hızlı soluk alıp verme ve sindirim sistemi bozuklukları gibi belirli somatik duyumları azaltabilir. Endişelenme ve aynı konuyu uzun uzun düşünme eğilimi üzerinde göreceli olarak az etkileri vardır. Bazı psikiyatristler antidepresan ilaçlardan daha hızlı bir klinik düzelme sağladığı ve daha az yan etkisi olduğu için alprazolamı panik bozukluk hastaları için tercih edilen ilaç olarak görmektedir. Birçok plasebo-kontrollü sonuç çalışmaları, alprazolamın panik bozukluk hastalarının tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir (Verster ve Volkerts, 2004).

Tartışma Soruları

1. Dennis panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu tanı ölçütlerinin her ikisini de karşılamaktadır. Bu durumda Dennis aslında, iki farklı bozukluktan mı muzdariptir? Mevcut sınıflandırma sistemindeki eş tanı durumunu da düşündüğünüzde cevabınız nedir?
2. Panik atak geçiren birisinin yaşadığı kaygı ile aşırı endişeli birisinin yaşadığı kaygının farkı nedir? Kaygının yoğunluğu, süresi ve odağını düşününüz.

3. Terapistiyle ilk buluşmasında, Dennis'in benliğinin bilincinde ve savunmacıydı. Bu davranışı, terapötik ittifakın gelişmesine ve probleminin ilk değerlendirmesini nasıl etkilemiş labilir? Terapist olası problemlerden kaçınmak için hangi becerileri kullanmaya ihtiyaç duymuştur?
4. Hasta farmakolojik tedavi yaklaşımlarına güçlü şekilde itiraz etse bile, etkili olduğu gösterilmiş bir ilacı alması konusunda, bir terapist aktif olarak danışanı teşvik etmeli midir?

BÖLÜM 8*

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Karen Rusa, 30 yaşında evli ve dört çocuk annesi bir kadındı. Birkaç yıldır kaygı ile ilişkili problemler yaşamasına karşın, bu zamana kadar profesyonel bir yardım aramamıştı. Başvurudan önceki üç ay boyunca, giderek daha depresif bir duruma gelmiş; aile doktoru sonunda psikolojik yardım aramasını önermişti.

Karen geçen birkaç ayda, çocuklarının güvenliği ile ilişkili girici ve tekrarlayıcı düşünceler deneyimlemişti. Sıklıkla kendisini ciddi bir kaza olduğunu hayal ederken yakalıyor ve bu düşünceleri zihninden atamıyordu. Bunlardan birinde oğlu Alan'ın okulda futbol oynarken bacağını kırdığını hayal etmişti. Bir kaza olduğuna inanmak için ortada hiçbir kanıt yoktu, fakat Karen okulu arayıp Alan'ın iyi olup olmadığını sorana kadar bu olasılıkla ilgili kötü şeyler düşünmüştü. Yaralanmadığına dair içini rahatlattıktan sonra bile, oğlu sapasağlamş bir şekilde eve geldiğinde yine de şaşırmıştı.

Karen ayrıca günlük rutininin de gün boyunca uyguladığı geniş çaplı sayma ritüelleri tarafından ciddi şekilde engellendiğini belirtmişti. Belirli bazı numaralar Karen için özel bir anlam taşıyordu; sayılarla ilgili bu birincil meşguliyetinin günlük aktivitelerini yapabilme becerisini de etkilediğini fark etmişti. Buna bir örnek, market alışverişiydi. Karen eğer raftaki ilk parçayı (ör., bir kutu mısır gevreği) seçerse, en büyük çocuğunun başına çok kötü bir şey geleceğine inanıyordu. Eğer ikinci parçayı seçerse, bilinmeyen bir felaketin ikinci çocuğunun başına geleceğine inanıyor ve bu inanış dört çocuğu için bu şekilde ilerliyordu. Çocuklarının yaşları da ayrıca önemliydi. Örneğin, bir sıradaki altıncı parça, 6 yaşında olan en küçük çocuğu ile ilişkiliydi. Bu nedenle, belirli maddelerden çocuklarının güvenliğini sağlamak amacıyla kaçınılmalıydı. Açık bir şekilde, çocukların yaşları değiştiği için bu ritüeller de sürekli dikkat istiyordu. Karen'in sayılarla ilgili bu meşguliyeti diğer aktivitelere de yayılmıştı, en göze çarpanı sigara ve kahve içme örüntüsündeydi. Eğer bir sigara içmişse, üst üste en az dört sigara içmeliydi, yoksa çocuklarından biri bir şekilde zarar görürdü. Eğer bir bardak kahve içmişse, dört tane içmek zorunda olduğunu hissediyordu.

*Çeviren: Klinik Psikolog Gizem Sarısoy

Karen bu ritüellerin mantık dışı olduğunu kabul ediyordu, ancak bunları özenli bir şekilde izlediğinde kendisini çok daha rahat hissettiği için devam ettiriyordu. Nadiren acelesi olup bu ritüelleri gerçekleştiremediğinde, belirli bir korku ve endişe hissi biçiminde kaygı yaşıyordu. Bu süreçlerde kendisini gergin, sinirli ve rahatlayamayacak durumda biri olarak tanımlıyordu. Korkuları genellikle haklı çıkıyordu çünkü her seferinde bu türden bir "başarısızlıktan" sonra çocuklarından birinin başına bir şey geliyordu. Dört çocuklu herhangi bir ailede bu tür küçük kazaların görülme olasılığının oldukça yüksek olduğu gerçeği, Karen'ın sayıları gözlemleyememesinden dolayı, bu durumlardan doğrudan sorumlu olduğuna dair inanışını sarsmıyordu.

Karen, obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışlarına ek olarak, evliliğine dair memnuniyetsizlik ve çocukları idare etmeye dair problemler anlatıyordu. Kocası Tony, Karen'ın ruh sağlığı merkezine ilk gidişinden 11 ay önce fiziksel olarak sakat sınıfına girmişti. Sadece 32 yaşında olmasına karşın, Tony ciddi bir kalp rahatsızlığından muzdaripti ve bu da en rutin çabayı bile onun için potansiyel bir tehlike hâline getiriyordu. Tesisat malzemeleri dükkânındaki satıcılık işini bıraktığından beri, zamanının çoğunu evde geçiriyordu. Kanepede yatıp televizyon seyretmekten keyif alıyor ve zamanının çoğunu bu şekilde geçiriyordu. Karen'ı evin tüm gündelik işleri ve aile işlerinden sorumlu olması gerektiği konusunda ikna etmişti. Karen'ın günleri çocukları giydirmek, beslemek ve okula götürmekle; temizlik, çamaşır; alışveriş yapmakla ve Tony ne zaman istese ona patates cipsi, sos ve bira getirip götürmekle geçiyordu. Bu durumdaki adaletsizlik Karen için son derece aşikâr ve engelleyiciydi ve Karen kendisini, bu durumlarla etkili bir şekilde başa çıkamaz hâlde buluyordu.

Çocuklar da açıkça kontrolden çıkmıştı. Altı yaşındaki Robert ve 8 yaşındaki Alan, son derece hareketli ve yaramazlardı. En iyi ihtimalle tutarsız olarak nitelendirilebilecek aile disiplinine ikisi de iyi uyum sağlayamıyordu. İkisi de okulda davranış problemleri yaşıyordu ve Alan'ın özellikle uyum bozucu çocukların olduğu özel bir sınıfa yerleştirilmesi düşünülüyordu. Kızlarla da başa çıkması zordu. Dokuz yaşındaki Denise ve 11 yaşındaki Jennifer evdeki zamanlarının çoğunu birbirleri ile tartışarak geçiriyorlardı. Jennifer orta derecede obezdi. Denise kilosu ile ilgili onunla acımasızca dalga geçiyordu. Bir süre tartıştıktan sonra, Jennifer gözü yaşlı bir şekilde Karen'a gidiyor, o da onun tarafında olarak olaya müdahale etmeye çalışıyordu. Bu karmaşık durumla başa çıkmayı beceremememesinden ötürü, Karen gitgide daha çok stresli hâle geliyor ve Tony'den de, çok az bir yardım alabiliyordu. Son birkaç haftadır, odasında yalnız başına kalmak ve ağlamak için gittikçe daha çok zaman harcıyordu.

Sosyal Geçmiş

Karen, New York'ta İtalyan göçmeni olan ailesi tarafından büyütülmüştü. Dört çocuğun en büyüğüydü. Ailesi son derece dindardı ve Karen, Katolik Kilisesi'ne sadık yetiştirilmişti. Birinci sınıftan liseye kadar kiliseye ait okullara gitmişti ve oldukça da iyi bir öğrenciydi. Kilisenin ve okul yönetiminin sıkı uygulamalarına dair anıları hâlâ canlıydı. Kilisenin düzenli ritüelleri, ailenin diğer üyelerinin hayatında olduğu

gibi, Karen'ın hayatında da önemli bir rol oynuyordu. Erken yaşlarından itibaren, Karen'a kilisenin içindeki sosyal hayatı düzenleyen (Cuma günleri et yememek, düzenli olarak günah çıkarmaya gitmek ve benzeri gibi) belirli kılavuzları gözetmesi öğretilmişti. Bu kurallara katı bir şekilde bağlı olmasının ebedî ruhunun güvenliğini sağlayacağı aksi takdirde, kuralları çiğnemenin de ağır bir biçimde cezalandırılacağı anlatılmıştı.

İnancının derinliği ve sonuçlarının ciddiyeti, Karen'ın ilk seanslarda hatırladığı, şimdi anlatılacak hikâyeden anlaşılabilir. Sekiz yaşındayken, Karen ve okuldaki sınıf arkadaşları ilk komünyonlarını alacaklardı. Bu, özellikle Roman Katolikleri için kilise cemaatinde çocuğun yetişkinlik statüsüne geçişini simgeleyen önemli ve ciddi bir etkinlikti. Çocuğun birliğe katılmasına izin verilmeden önce, önceki tüm günahlarından oluşan bir günah çıkarma yapması gerekmekteydi. Karen'a ne kadar büyük olduğu ya da ne zaman olduğuna bakmadan, tüm günahlarını, uygun bir kefalet belirleyecek olan rahibine itiraf etmesi gerektiği anlatılmıştı. Ailesi ve öğretmenlerinin eğer herhangi bir günahını atlarsa, ruhunun sonsuza kadar cehennemde hapsolacağı konusunda onu uyardıklarını hatırlıyordu. Bu tehlike, Karen'ın zihninde o kadar yıl sonra bile hâlâ canlıydı. Bu durumlarla tetiklenen korkusuna karşın, Karen günahlarından birisini (sınıfından küçük bir resim kitabı çalmış ve şimdi hem kitabı geri götürmekten hem de bu suçla ilgili birisine bir şey söylemekten korkuyordu) rahibe söyleyememişti. Bunu anlatmadığı için yıllarca yoğun suçluluk yaşamıştı ve zaman zaman tam bir günah çıkarmadığı için aldığı hayali cezaları içeren korkutucu rüyaları hatırlayabiliyordu. Takip eden yıllarda, Karen kilise düzenlemelerine dakikası dakikasına sadık kalma yönündeki çabalarını yoğunlaştırmıştı, fakat bu ölümcül günahının hiçbir zaman bedelini ödeyemeyeceğine dair inancını sürdürmeye devam ediyordu.

Karen ailesinin çok katı disiplin yanlısı olduğunu hatırlıyordu. Annesi evdeki düzenin ve temizliğin sağlanmasında ısrarcı olan, açık bir biçimde duygusuz ve katı bir insandı. Dinî kural ve uygulamalara tam bir bağlılığın yanı sıra, Karen'ın annesi yemekler ve diğer rutin aktiviteler ile ilgili aileyi sıkı bir programa tabi tutuyordu. Çocuklar bu yönergelerden saptığında, şiddetli biçimde cezalandırılıyorlardı. Karen'ın annesi ile ilgili en olumlu iletişim anıları, belirlenmiş kilise görevlerine beraber katılımları ile ilgiliydi. Karen, ebeveynlerinin çocukların önünde birbirlerine karşı sıcaklık gösterdiğini hatırlamıyordu.

Karen liseden mezun olduktan sonra Tony ile evlenmişti ve iki ay sonra hamile kalmıştı. Hamilelik süresinde, komşu dairede talihsiz bir kazaya şahit olmuştu. Karen arkadaşı ile sohbet ederken, kadının o zaman henüz bir bebek olan kızı verandadan dışarıya doğru emeklemiş ve bisiklet süren başka bir çocuk tarafından ezilmişti. Kız ciddi bir biçimde yaralanmış ve haftalarca hastanede kalmıştı. Kazadan kısa bir süre sonra, Karen kendine zarar vermekle ilgili tekrarlayıcı, girici düşünceler deneyimlemeye başlamıştı. Gün boyunca belirsiz fakat sık aralıklarla, kendisini camdan atlamak, arabaların üzerine yürümek ve diğer tehlikeli davranışlar üzerine düşünürken

buluyordu. Bu düşünceler, tabi ki onun için korkutucuydu fakat bunların önüne geçemiyordu. Bu tür düşüncelerden birisi aklına geldiğinde, çocukken öğrendiği kısa bir duayı hızlıca tekrarlayarak ve sonrasında Tanrı'dan böylesine günah dolu bir dürtü ile meşgul olduğu için af dileyerek bundan kurtulmaya çalışıyordu. Bu prosedür geçici bir dikkat dağıtma kaynağı olarak orta derecede başarılı oluyor, fakat benzer, girici düşüncelerin birkaç saat sonrasında tekrar ortaya çıkmasını engelleyemiyordu. Bu kendine zarar verme düşünceleri, ilk çocuğu Jennifer'ın doğumundan sonra daha az sıklıkla olmaya ve daha az sıkıntı vermeye başlamıştı çünkü Karen, kısa süre içinde bir bebeğe bakmanın tüm sorumlulukları ile meşgul olmaya başlamıştı.

Aynı zamanlarda Karen, kilise konusunda hayal kırıklığına uğramıştı. Yaşadığı stresin merkezinde Papa 23. John'un ve kilisenin tümünü temsil eden (ekümenik) konseyin yaptığı bazı reformlar vardı. Örneğin, ekmek ve şarap ayini artık Latince söylenmeyecekti ve rahip olmayanların kilisenin çeşitli ayinlerini yönetmesine izin verilecekti. Benzer şekilde, kilise üyelerine artık Cuma günleri et yememeleri yönünde nasihatler verilmeyecekti ve diğer ritüeller de ya değiştirilmiş ya kaldırılmıştı. Birçok kişi bu değişiklikleri tazeleyici bulmuş fakat Karen, dehşete düşmüştü. Kilisenin ritüelleri hayatında hep merkezî bir rol oynamıştı. Geleneksel ritüellerin önemini azaltarak, kilise Karen'ı kendi kaderini kontrol etme araçlarından mahrum bırakmış oluyordu. Karen bu yeni uygulamalardan son derece rahatsız olmuştu ve sonunda kiliseye gitmeyi tamamen bırakmıştı.

Jennifer 9 aylıkken, Karen tekrar hamile kalmıştı. Tony ile çocukların oynaması için elverişli, bahçeli bir evin maliyetini karşılayabilecekleri, şehirden uzak bir yere taşınma kararı almışlardı. Yeni evleri ile gurur duysa da, Karen bu süreç boyunca eski arkadaşlarını özlediği için depresif hissetmeye başlamıştı.

Karen'ın durumu sonraki birkaç yılda çok az değişiklik göstermişti. Yirmi beş yaşına geldiğinde, dört çocuğu vardı. Bu sorumluluğu çok yoğun buluyor ve genellikle de depresif hissediyordu. Tony ile ilişkisi de temelde bir çıkmaza girmişti; evliliklerinden memnun değillerdi fakat çocuklar için bir arada kalmaya karar vermişlerdi. Açıkça birbirleriyle kavga etmemelerine karşın, gizli bir gerginlik ve uzaklaşma ilişkilerini ele geçirmişti. Tony gereksiz biçimde katı ve karmaşık bulduğu ev içi uygulamalara, özellikle de çocukların davranışları ile ilgili olanlara katılmayı reddediyordu. Karen yemekler, uyku zamanları ve bunun gibi şeyler için belirli birçok yönerge hazırlamıştı fakat bu kuralları kabul ettirmekte başarılı olamıyordu. Tony'den uzak kalıyor ve fiziksel sıcaklık gösterme girişimlerinin çoğuna da direniyordu. Bu nedenlerle, Karen kronik olarak mutsuzdu ve hayatından genel olarak memnun değildi. Buna rağmen, herhangi bir değişikliğin daha kötü olabileceği korkusu ile kötü koşullara ve alıştığı davranış örüntülerine bağlı kalıyordu.

Bu mutsuz fakat katlanılır denge, Tony'nin sağlık durumunun kötüleşmesi ile zarar görmüştü. Tony, bir gün mağazada çalışırken, ani bir şekilde göğüs ağrısı ve kol ve bacaklarında uyuşukluk hissetmeye başlamıştı. Bu semptomların doğası gereği (yıllardır yüksek kan basıncı vardı; bu nedenle de bu konuda iyi bilgisi vardı) ciddi

olduğunu bildiğinden, arkadaşlarından kendisini hastaneye götürmelerini istemişti. Yaşadığının hafif bir kalp krizi olduğu belirlenmişti. İleriki tetkikler kalbinde ciddi yapısal anormallikler olduğunu ortaya çıkarmıştı. Tony sonunda hastaneden çıkarılmış, tam bir tıbbi sakatlık raporu verilmiş ve bu yüzden işine son verilmişti.

Tony gün boyunca evde kalmaya başladığında, Karen da gittikçe daha çok depresif hâle gelmişti. Karen'ın çocuklarının güvenliğine dair korkularının açıkça mantık dışı olmaya başlaması ve sayma ritüellerinin başlaması bu zamanlara denk geliyordu. Karen durumunun umutsuz olduğuna inanıyordu çünkü kendi davranışı üzerindeki kontrolü kaybettiğini hissediyor ve bu ritüelleri yapmaya ne zaman direnmeye kalkışsa ciddi miktarda kaygı yaşıyordu. Bu noktada, profesyonel destek almaya karar vermişti.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Terapist, Karen'ın ritüel davranışlarını bütündeki zor durumunun sadece bir parçası olarak görmüştü. Karen'ın sayma kompulsiyonu kendi hayatı üzerinde kişisel bir kontrol hissi yaratma çabasını temsil ediyordu. Bu bağlamda, çocukken yaptığı sosyal olarak daha kabul edilebilir dinî aktiviteler yerine ya da görünen o ki hiç geliştiremediği daha etkili sosyal beceriler yerine ritüeller kullanılıyordu. Örneğin, Tony ile ilişkisinde girişken değildi. Haklarının arkasında durmak yerine, Tony'nin en mantık dışı taleplerine bile uysalca boyun eğiyordu. Aynı zamanda, ona karşı son derece engellenmiş ve kızgın hissediyor ve "skoru eşitlemek için" yan yollar arıyordu. Aynı şekilde Tony'nin onu memnun ettiği durumlarda (kabul etmek gerekir ki bu oldukça nadir oluyordu) onu takdir ettiğini gösteremiyordu. Bu nedenle, tedavide ilk olarak Karen'a çevresinde daha çok kontrol sağlayacak kişiler arası becerilerinin geliştirilmesine odaklanıldı. Bu yolla eşi ve çocukları ile daha tatmin edici ilişkiler geliştireceği, artan becerilerinin benlik kontrolünü elde etmeye yarayan batıl, etkili olmayan girişimlere yönelme ihtiyacını ortadan kaldıracağı umut ediliyordu.

Karen bu bağlamda eksikliğini kısa bir sürede fark etmiş fakat bununla birlikte davranışını kendiliğinden değiştirememişti. Bu nedenle o ve terapisti, sistematik bir girişkenlik eğitimini takip etme kararına varmışlardı. Bu sıradaki ilk seanslar Karen'ın girişken olmadığı durumların dikkatli bir değerlendirmesine ayrılmıştı. Karen'dan ortamda bulunan insanları, etkileşimlerinin doğasını ve durumu nasıl algıladığını, eğer girişken davranırsa ne olacağını düşündüğünü içeren benzer durumlar için günlük olarak bir defter tutması istenmişti. Tipik problemli durumları belirlemek için, Karen ve terapisti Karen'a daha uygun tepkilerin öğretilmesi amacıyla birtakım durumlar için rol-oynama çalışmaları yapmışlardı. Ayrıca Karen'ın girişkenlik ile ilgili mantık dışı korkularını tartışmışlardı. Bu düşünceler herkesin onu sevmesi gerektiği, eğer hakları için direnirse, insanların onu reddedeceği örtük inancı etrafında şekilleniyordu. Bu kendi kendisine söylediği mantık dışı cümleler, onun girişken davranışlar sergilemesini engelliyordu. Karen'dan terapi seanslarında bu tür egzersizlerde uzmanlaştıkça,

kazandığı yeni becerileri klinik dışında, gerçek-yaşam durumlarında denemeye başlaması istendi.

Girişkenlik eğitimi bazı olumlu sonuçlar ortaya koyduktan sonra terapist, Karen'a daha etkili çocuk-yönetme becerileri öğretmeye başladı. Bunlar özellikle araçsal öğrenme (araçsal koşullama olarak da bilinen) ile ilişkili uygulamalara dayanıyordu. Örneğin Karen'a kızları tartışırken onları görmezden gelmesi ve uygun bir şekilde birlikte oynadıklarında onları pekiştirmesi öğretilmişti. Girişimleri ilk olarak kolayca değiştirilebilir davranışlara yöneltilmişti. En zor problemler, örneğin yemek zamanı çocukların kavga etmesini durdurmak gibi, Karen çocuk yönetimi konusunda genel prensiplerin bazılarında uzmanlık kazanana kadar ertelenmişti.

Beceri eğitim programlarına ek olarak, terapist ayrıca Karen'ın din ile ilgili kaygılarını da ele almıştı. Kilisenin onun için hâlâ önemli olduğu ortadaydı ve hizmetlere düzenli olarak katılmaktaki başarısızlığından dolayı ciddi miktarda suçluluk ve kaygı yaşıyordu. Çocuklarının kilise aktivitelerine katılmadığı gerçeği de Karen için can sıkıcıydı. Eğer herhangi birisinin başına bir şey gelirse, Tanrı'nın onları korumayacağından endişeleniyordu. Bu nedenlerle, Karen, daha muhafazakâr ve kendi görüşlerine daha yakın olan birkaç rahibi ziyaret etmesi konusunda cesaretlendirilmişti. Yerel rahiplerin birçoğu kendi kiliselerinde güncel uygulamalara yönelse de Karen'ı, çocukken bağlı olduğu birtakım geleneksel ritüelleri hâlâ sürdüren ve yaşadıkları yerden uzak bir kilisenin yaşlı papazına yönlendirmişlerdi. Bu rahibi ziyaret etmek için randevu almış ve ilk görüşmenin ardından hem memnun olmuş hem rahatlamıştı. Kilisede yapılan bazı değişiklikler konusunda rahip onunla konuşabilmişti. Bazı durumlarda, belirli bir değişikliğin arkasındaki mantığı Karen'ın kabul edebileceği şekilde açıklayabilmişti. Bu süreç, şüphesiz ki geleneksel uygulamaları terk etmek konusunda ikisinin de paylaştığı bir endişe ile kolaylaşmıştı. Karen, bu rahip ile kurduğu ilişkide mahallesindeki rahip ile kurduğu ilişkiye kıyasla daha rahat hissetmişti. Haftalar içerisinde, kilise aktivitelerine dört çocuğu ile birlikte düzenli olarak tekrar katılmaya başlamıştı.

Girişkenlik eğitimi, aile eğitimi ve kilise aktivitelerine yeniden ilgi duymasının birleşimi Karen'ın duygudurumunda önemli bir iyileşmeyi de beraberinde getirmişti. Üç aylık tedaviden sonra, özgüveninin arttığını ve aile hayatında da gelişme olduğunu belirtmişti. Ayrıca kaygı düzeyinde de bir düşüş vardı. Sayı ritüellerini gözlemlemeye devam ediyordu fakat bunlar daha az sıklıktaydı ve sayma ritüellerini yapamadığında, tedavinin başında olduğu gibi deliye dönmüyordu.

Bu noktada, Karen'ın ritüelleri *maruz bırakma ve tepki önlemeli (MBTÖ)* olarak bilinen davranışçı tedavi tekniği olan bir yöntemle ele alınmıştı (Tolin ve Steketee, 2007). Bu prosedür kişinin, giderek artan sürelerle kaygı- azaltıcı ritüelleri yapması engellenirken, kasıtlı olarak yoğun kaygı oluşturan (hayali ya da gerçekte var olan) uyarana maruz bırakılmasını içermekteydi. Karen'dan terapi seansının başında tek bir sigara içmesi istendi. Sigarayı bitirdiğinde, en büyük kızı için endişe ve kaygı

duymaya başladı. Sonrasında başka bir tane sigara içme arzusuna karşı koyması istendi. Böylelikle, kaygısını nötralize etmek ve aynı konu üzerinde uzun uzun düşünüp durmasını kontrol etmek için tipik olarak devreye soktuğu tepki engellenmiş oldu. Terapist, kaygı yaratan durumlara bu türden uzatılmış maruz bırakmaların, Karen'ın kaygı düzeyinde düşme sağlayacağına inanmıştı. Uygulama 2 saatlik takip eden 4 seans boyunca sürdürüldü. Karen, seanslar arasında aynı tepki önleme yöntemini kendi başına uygulaması konusunda teşvik edildi. Sigara içme problemi konusunda uzmanlaştığında, uygulama aşamalı olarak sayılarla ilgili endişelendiği diğer benzer durumlara yayıldı.

Tedavi 20 seans sonra bitirildi. Karen artık depresif değildi ve 4 haftadan beri kompulsif ritüelleri ile meşgul olmuyordu. Çocukların ev içindeki davranışları düzelmişti, Karen bununla ilgili daha başka değişiklikleri başlatma planları yapıyordu. Tony ile ilişkisi de kısmen iyileşmişti. Karen kendisini ortaya koymaya başladığında ilk başta biraz hayal kırıklığına uğrayan Tony, Karen'ın uyumunda bir gelişme gördüğü için iş birliği yapmaya başlamıştı.

Tartışma

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar *DSM- 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda* ayrı bir başlık altında listelenmektedir (APA, 2013). Tanı el kitabının önceki basımlarında, OKB kaygı bozuklukları ile birlikte gruplandırılmaktaydı. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda* OKB ile ilişkili bozukluklar olarak sıralanan bozukluklar arasında beden algısı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, saç koparma (trikotillomani)ve deri yolma bozukluğu yer almaktadır.

OKB, obsesyonların ya da kompulsiyonların varlığı ile tanımlanmaktadır. OKB tanı kriterlerini karşılayan kişilerin çoğu hem obsesyon hem de kompulsiyonlara sahiptir. Obsesyonlar kişinin kaygı düzeyinde önemli bir artışa sebep olan sık, istenmeyen ve katı bilişsel deneyimlerdir—düşünceler, dürtüler veya imgelerdir.

Obsesyonların en yaygın türleri, 500'ün üzerindeki hasta örneklemi üzerinde belirli belirtilerin sıklığını kaydeden, Rasmussen ve Eisen (1992) tarafından tanımlanmıştır. Parantez içerisindeki sayılar her obsesyon türünü sergileyen hasta yüzdesini belirtmektedir. Hastaların çoğu (yüzde 72) çoklu obsesyonlara sahiptir.

Kirlenme korkusu (yüzde 50): Kir, mikrop, zehir ya da radyasyon gibi bir uyarana maruz kalma korkusudur. Kişinin endişesi, kendisinin olabileceği gibi, başkalarının hasta olabileceğine dair korkuyu da içerebilir. Kirlenme korkusuna sıklıkla kompulsif el yıkama eşlik eder.

Patolojik şüphe (yüzde 42): Bir iş tamamen doğru olarak tamamlanmadığı için, kötü bir şeyin olacağına dair endişe duyma eğilimidir. Bu belirtiye sahip kişiler genellikle iyi sayılar ve kötü sayıların karmaşık bir sistemini içeren sayma ritüelleri geliştirirler. Belirli davranışları büyülü sayı kadar (Karen'ın durumundaki gibi) tekrar edebilirler.

Somatik obsesyonlar (yüzde 33): Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık (genellikle hipokondriden ayırt edilemez; ör., bir doktorun hastalık olmadığına dair onayına karşın bir hastalığa sahip olunduğuna dair korku) geliştirmekle ilgili mantık dışı, süreğen bir korkudur.

Simetri ihtiyacı (yüzde 32): Nesne ya da olayları belirli bir düzen ya da pozisyonda tutmaya, belirli motor davranışları kesin bir tarzda yapmaya ya da bozmaya veya eşyaları kesin bir şekilde simetrik ya da eşit tutmaya dair duyulan aşırı bir ihtiyaçtır.

Agresif obsesyonlar (yüzde 31): Kişinin şiddet içeren ya da uygunsuz olacak şekilde agresif davrandığı, tekrar eden korkunç düşünceler ya da imgelerdir.

Cinsel obsesyonlar (yüzde 24): Kişinin uygunsuz cinsel davranışlar sergileyeceğine dair tekrar eden, kaygı veren düşüncelerini içerir.

Kaygı uyandırmasına ek olarak, cinsel ve agresif obsesyonlar aşırı utanç ve suçluluk duyguları ile de ilişkilidir. Bu semptomlara sahip kişiler, arkadaşlarından (ya da terapistlerinden) gerçekten bu tür davranışlar sergilemeyecek birisi olduklarına dair sürekli bir biçimde onay arayabilirler.

Kompulsiyonlar sıklıkla bir obsesyona tepki olarak sergilenen ritüel davranış veya düşünce örüntülerini temsil eder. Obsesyonlar öznel kaygı hâlinde artışa sebep olurken, kompulsiyonlar kişinin kaygı ya da rahatsızlığını azaltır. Kompulsif davranışlar rahatsızlık hâlini ya da bazı korkulan olay veya durumu nötralize etmek ya da önlemek için tasarlanır. Obsesif belirtiler için tedavi arayan birçok hasta kompulsif davranışlar da sergilemektedir (Foa ve Franklin, 2001; Parmet, Glass ve Glass, 2004). Kompulsif hastalar iki temel gruba ayrılır: "temizleyenler" ve "kontrol edenler". Temizleme ve yıkama ritüelleri kirletici nesnelerle etkileşim korkusu ile ilişkilidir. Örneğin, mikrop ya da vücut salgıları tarafından kirlenme korkusu olan bir hasta her gün banyo yapmaya ya da evini mikroplardan arındırmaya saatler harcayabilir. Bu ritüel davranışlar, hastanın güvenlik hissini yeniden inşa etmesine yarar. Tekrarlı bir şekilde kontrol etme ise daha çok, bazı felaket tarzı olaylara karşı korku ile tetiklenir. Örneğin; gaz patlaması ile ilgili obsesif düşüncelere sahip bir hasta, ocaktaki çakmakları kontrol etme şeklinde kompulsif davranışlar sergileyebilir.

Tekrarlayıcı tarzda ve kaygıda artma ya da azalma ile ilişkili diğer bazı davranışlar da, ayrıca popüler medyada "kompulsif" olarak nitelendirilmektedir. Bunlar kumar oynama, madde bağımlılığı ya da teşhircilik gibi problemleri içerir. Bununla birlikte, gerçek kompulsif davranışlar ve bu tür davranışlar arasında bazı önemli ayrımlar vardır. Öncelikle, bağımlı davranış kompulsif davranışlarda olmayan haz-arayıcı bir bileşen içerir. İkinci olarak, suç oluşturan davranışların sergilenmesi ile ilişkili kaygı (ör., hırsızlık) sosyal yaptırım ışığında uygundur; OKB hastaları durum ile uygun olmayan biçimde bir kaygı deneyimler.

OKB, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğundan (OKKB) ayrılmalıdır. OKKB belirli ritüel davranışları içermez; genel bir kişilik tipini tanımlamak için kullanılır. Obsesif kompulsif kişiliğe sahip olanların düzenlilik ve mükemmeliyetçilik, ayrıca zihinsel ve kişiler arası kontrol, birincil meşguliyetleridir. Esnek değillerdir ve işle-

rine boş zaman aktivitelerinden kaçınacak ve arkadaşlıkları göz ardı edecek kadar düşkündürler.

Fobik bozukluklar (ör., özgül fobi, sosyal fobi ve agorafobi), OKB ile benzerdir çünkü yoğun kaygı içerirler ve kaygıyı düşürmek için tasarlanmış davranışlar ile tanımlanırlar. Bazı OKB hastaları, kir ve kirlilik kaygısıyla ilişkili olan durumlardan fobik kaçınma da gösterebilir. Bununla birlikte OKB ile fobik bozukluklar arasında bazı önemli farklılıklar vardır. Örneğin, fobik hastalar sıklıkla, OKB hastalarının bir özelliği olan batıl ya da "büyülü" düşünmeye karşı aynı eğilimi ya da kompulsif belirtileri göstermezler. Ayrıca, fobik hastalar için kaygıya sebep olan uyaran hastanın deneyimleyebileceği herhangi bir obsesyonun içeriği ile ilişkili değildir.

Obsesif düşünceler sanrı inançlardan da ayrıştırılmalıdır. Bu bağlamda iki ölçüt önemlidir. Birincisi; OKB olan hastalar, genellikle umutsuz bir şekilde, girici düşüncelerine karşı koymaya çalışırlar; bununla birlikte sanrılı hastalar bunu yapmaz. İkinci olarak birçok OKB hastası düşünceleri konusunda karışık duygular besler; obsesyonları ve kompulsiyonlarının temelde saçma olduğunu fark ederken aynı zamanda birincil olarak onlarla meşgul olur. Bazı OKB hastaları obsesyonlarının anlamsız doğası ile ilgili zayıf bir iç görüye sahiptir fakat OKB tanısı için *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı,* hastalık süresince bir noktada kişinin obsesyonlarının veya kompulsiyonlarının aşırı ve mantıksız olduğunu fark etmesini gerektirmektedir (Eisen, Phillips ve Rasmussen, 1999).

Depresyon, OKB'nin yaygın bir komplikasyonudur. Her üç OKB hastasından ikisi hayatları boyunca bir noktada en az bir majör depresyon dönemi deneyimlemiştir. Bu durumlar arasındaki ilişki net değildir. Bazen kompulsif belirtiler depresyonun başlangıcından önce görülür; diğer durumlardaysa bu ilişki tam tersidir. Depresif belirtilerin başarılı tedavisi ya da azaltılması kompulsif davranışların sıklığında aynı şekilde bir azalmaya sebep olmaz ve bunun tam tersi de geçerlidir (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak ve Foa, 2000).

Önceden OKB'nin oldukça nadir olduğu düşünülse de modern epidemiyoloji çalışmalarının sonuçları bozukluğun hafif türlerinin genel popülasyonun yüzde 2 ve yüzde 3 arasındaki bir kısmını hayatları boyunca bir noktada etkileyebileceğini belirtmektedir (Fullana ve ark., 2009). Tedavi edilmeyen yerli halk arasındaki yaygınlık oranları dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır, çünkü bilgi toplama ve en uygun tanı ölçütü konusunda kullanılan en iyi değerlendirme uygulamaları konusunda anlaşmazlık vardır (Fontenelle, Mendlowicz ve Versiani, 2006). İngiltere'den toplanan veri halk arasında OKB'nin gerçek yaygınlık oranının yüzde 1'e yakın olabileceğine işaret etmektedir (Torres ve ark., 2006).

OKB'nin sonradan ortaya çıkışına zemin hazırlayan durumlara dair oldukça az bilgi mevcuttur. Buna karşın, klasik bir çalışmada bazı ilginç ipuçlarına ulaşılmıştır. Kringlen (1970), OKB ile hastaneye yatırılmış 91 hastanın 20 yıllık takip sonuçlarını yayımlamıştır. Bu hastaların yüzde 80'inden fazlası çocukken kaygı belirtileri sergilemiştir. Tipik olarak katı ve tutucu evlerde yetiştirilmişlerdir. Birçok kadın

belli bir zaman geçene kadar profesyonel yardım aramamış olsa da, kompulsif belirtilerin kadın hastalarda ortalama başlangıç yaşı 10 ve 20 yaş aralığındadır. Hastaların yarısından fazlasında belirtiler belirli bir stresli olay sonrasında akut bir şekilde ortaya çıkmıştır. Kompulsif hastalarda evlilik problemleri de yaygındır.

OKB hastalarının prognozu karmaşıktır. Hastalık birçok yıl sürebilmesine karşın, birçok hasta iyileşmektedir. Bir çalışma kapsamında, bir grup hasta ile İsviçre'de bir hastanede tedavileri bittikten 40 yıl sonra takip değerlendirmesi yapılmıştır (Skoog ve Skoog, 1999). OKB'li birçok hastaya yatan hasta durumunda tedavi gerekmediği için çalışmada yer alanlar, ağır derecede OKB'si olan bir grup hastaydı. Buna karşın, sonuçlar birçok hastanın OKB'den kurtulduğunu göstermektedir. Son takip zamanında, hastaların yarısının hastalıktan kurtulduğu (en az 5 yıl boyunca klinik olarak ilişkili belirtilerin olmaması olarak tanımlanmıştır) görülmüştür. Diğer yüzde 30 hâlâ klinik belirtiler deneyimlese de belirli miktarda bir iyileşme göstermiştir. OKB hastalarının yaklaşık olarak yüzde 20'si uzatılmış tedaviler sonucunda iyileşmemiştir (Besiroglu ve ark., 2007).

Karen birçok yönden tipik bir OKB hastasıdır. Öyle ki, katı ve tutucu bir aile ortamında yetiştirilmiştir. Bir çocuk olarak, genelde kaygılı olmuş ve düzen ve ritüeller ile hep ilgili olmuştu. Karen orta-ergenlik döneminden itibaren, stresli bulduğu girici, tekrarlayıcı düşüncelerle ilgili zorluklar yaşamıştır. Bu problemler açık bir sebebi olmadan ortaya çıkıp kaybolmaktadır. Karen, ayrıca şiddetli bir depresyona eğilimlidir. Karen'ın ailesinin art alanı da OKB literatürü ile tutarlıdır (ör., Pauls, Alsobrook, Goodman ve Rasussen,1995). OKB hastalarının biyolojik akrabaları arasında psikiyatrik anomaliler—özellikle de obsesyonel tutum, kaygılı kişilik ve duygudurum anomalileri—göreli olarak yüksek orandadır.

Birçok OKB hastasının ve ailelerinin davranışlarındaki benzerlikler genetik ve çevresel değişkenlerin etkisini yansıtmaktadır (Grabe ve ark., 2006; Hudziak ve ark., 2004). Karen'ın durumunda, annesinin katı, ahlakçı davranışı sonradan gelişen belirtilerde önemli bir etki etmiş olabilir. Karen'ın annesi, kızının sonradan gelişen kompulsif davranışları için çarpıcı bir model olmuştur. Ayrıca Karen'ın bu tür tepki örüntülerine dair erken eğilimleri de pekiştirilmiştir.

Teorik Bakış Açısı ve Tedavi Uygulamaları

Geleneksel psikanalitik teoriye göre, kompulsif belirtiler düşmanca dürtülerle ilişkili kaygıyı uzaklaştırmak için egonun bilinç dışı çabalarının ürünüdür. Freud (1909/1925) kompulsif hastaların aşırı katı bir tuvalet eğitimi aldıklarını ve bunun sonucu olarak da gelişimin anal-sadistik bir aşamasına saplandıklarını tartışmıştır. Bu tür kişiler, öfke ifadesi konusunda ciddi bir çatışmanın sıkıntısını çekmektedir. Bu duygular tehlikeli ve ego tarafından kabul edilemez olduğu için, ifade edilmesine dair bir beklenti, kaygı verici olarak görülmektedir. Bu kaygıyla öncelikli olarak, asıl dürtünün (öfke) karşıtına (sevgi ya da aşırı ilgi) dönüştürülerek baş edilmesi

anlamına gelen, *karşıt tepki oluşturma* olarak bilinen savunma mekanizması yoluyla başa çıkılır. Bu kavramsal yaklaşım Karen'ın durumu ile uyumsuz değildir. Karen'ın başlıca belirtileri, çocuklarını tehlikelerden koruma amacı olan kompulsif ritüelleridir. Bununla birlikte, çocukları hakkında duyguları karışıktır. Çoğu zaman onlara, fiziksel zarar vermeyi düşünebilecek kadar çok öfkeli olduğunu varsaymak mantıksız olmaz. Tabi ki, bu dürtü onu tersine çeviren ego için kaygı verici olacaktır. Sonuç olarak, Karen çocuklara zarar vermek yerine, her gün ciddi bir miktar zamanını çocuklarını korumak için mantıklı olmayan tepkiler sergileyerek geçirecektir.

Birçok çağdaş terapist, OKB'si olan hastaların öfke ifade etmekle ilgili sıkıntısı olduğu konusunda hemfikirdir (Moritz, Kempke, Luyten, Randjbar ve Jelinek, 2011; Osborn, 1998). Uygulanan tedavide bu değerlendirmelere de yer verilmiştir. Karen'ın öfke ve engellenmişliği uyum problemlerinin ana özelliği olarak belirlenmiştir fakat terapötik uygulama içgörü odaklı tedavi amacının ötesine gitmiştir. Karen'ın öfke ve düşmanlık duygularının farkına varması değişime etki edecek kadar yeterli değildir; daha uyumsal tepkilerin geliştirilmesine yardımcı olması için belirli eğitim prosedürleri kullanılmıştır.

Öğrenme teorisyenleri Karen'ın problemine tamamen farklı bir açıdan bakacaktır (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2007; Houts, 2005). Bu genel model içinde, iki faktöre birincil önem verilecektir. İki faktör de eğer kaçınmalı uyaranın ortadan kalkmasına sebep oluyorsa tepki oluşma olasılığının artacağını öne süren olumsuz pekiştirmenin prensiplerini içerir. Örneğin, Karen'ın ritüellerinin net etkisini düşünün. Bu ritüellerin sergilenmeleri, evden uzunca bir süre uzakta kalmasını garantiliyordu. Eğer kahve için komşusunun evine gitmişse, ritüellerini tatmin etmesi için yeterli miktarda kahve ve yeterli sigara içmeden önce en az iki saatliğine gitmiş oluyordu. Kendisinin yaptığı market alışverişi de uzun, karmaşık bir sürece dönüşüyordu. Evde ailesi ile birlikte olmanın sıklıkla Karen için kaçınmalı bir deneyim olduğunu düşünürsek, ritüelleri olumsuz pekiştirme tarafından sürdürülen edimsel bir tepki olarak görülebilir.

Davranışçı bir klinisyen büyük olasılıkla ritüellerin sergilenmesi ile birlikte kaygının düşmesine işaret edecektir. Karen, ne zaman ona sayıları ve dolayısıyla, çocuklarını hatırlatan bir aktivite ile meşgul olsa kaygılanmaktaydı. Bu kaygıyı, uygun sayıda kutu saydığında ve buna benzer şekilde geçici olarak nötralize edebiliyordu. Bu ritüel, bu nedenle pekiştiriliyor ve kaygıdaki düşüşle de devamı sağlanıyordu. Bu düşünce, semptomun gerilimi azaltma aracı olarak ortaya çıktığını savunması yönünden psikanalitik görüşe benzemektedir. Psikanalitik ve davranışçı teori bazı yönleriyle birbirinden farklılaşmaktadır. Davranışçı bakış Karen'in kaygısını çocuklarına zarar verme yönündeki bilinçdışı arzusuna doğrudan atfetmez. Ayrıca davranışçı bakış kaygının azalmasında bilinçdışı olarak aktive olan savunma mekanizmasının aracı etkisi olduğu görüşünü savunmaz.

Davranışçı bakışın bazı unsurları Karen'ın takip ettiği tedavi uygulamalarıyla da birleştirilmiştir. Özellikle, daha girişken olmasını öğreterek ve çocuklarını daha etkili

yönetebilmesini sağlayarak, terapist ev hayatını onun için daha az kaçınmalı hâle getirebilmiştir. Şimdi çocukları ve eşi ile etkileşiminden daha çok keyif almaktadır ve ritüelleri için önemli bir olumsuz pekiştireç kaynağı da ortadan kalkmıştır. Ne yazık ki, insan davranışına dair bu bakış açısı oldukça kısıtlıdır. Bu bakış açısı özellikle bilişsel olayların önemine dair bir açıklama getirmez. Sadece çevresel olaylara odaklanarak, davranışçılar danışanın algıları, inanışları ve tutumları ile ilgili önemli faktörleri göz ardı edebilir. Bu değişkenler de Karen'ın probleminde önemli bir rol oynuyor gibi görünmektedir.

OKB'nin etiyolojisi ile ilgili bilişsel teoriler, aşırı derecedeki sorumluluk ve suçluluk duygularının önemini vurgulamaktadır (Shapiro ve Stewart, 2011). Bu bakış açısı birçok normal insanın zaman zaman, özellikle strese maruz kaldıklarında ya da olumsuz duygudurumunda olduklarında, girici düşünceler deneyimlediği görüşünün kabulünden sonra ortaya çıkmıştır. İnsanlar bunlara özel anlamlar yüklemediği için, birçok girici düşünce kalıcı ya da sorun yaratıcı olmamaktadır. Bilişsel modele göre, kişiler bu girici düşünceleri hemen düzeltmedikleri takdirde, ortaya çıkacak zarardan (kendilerine ya da başkasına) sorumlu olacakları yönünde yorumlarlarsa obsesyonlar gelişir. OKB geliştirme olasılığı en yüksek olan kişiler (a) erken yaşlarda geniş alanda sorumluluk bilinci ve yüksek seviyede vicdanlılığı öğrenmiş, (b) aşırı düzeyde ve katı ahlak ve görev (ör., bazı düşüncelerin özellikle zararlı ve kabul edilemez olduğunu öğrenmiş) ilkelerine maruz kalmış ve (c) eylemlerinin (ya da eylemsizliklerinin) veya düşüncelerinin kendilerini ya da başka birini etkileyen zararlı bir olay ile bağlantılıymış gibi göründüğü önemli bir olay yaşamış kişilerdir. Yasaklanmış düşüncelerin girici bir şekilde ortaya çıkması ile paniğe kapılan kişi, bunlardan kaçınmak için mücadele edebilir fakat bilişsel olayları kontrol etmek oldukça güçtür. Aslında, düşünce baskılamaya dair aktif çabalar sıklıkla geri teper ve problemin şiddetini arttırır (Wegner, 1994). Bu kısır negatif geri bildirim döngüsü, çaresizlik ve kontrol kaybı duygularını arttırır ve istenmeyen düşüncelerin içeriğine dikkati odaklamaya hizmet eder. Kişinin kaygı düzeyi artmaya başlar ve ruhsal olaylar ve hayat deneyimleri ile ilgili kontrolün tekrar kazanılması amacıyla kompulsif ritüeller devreye sokulur.

Bu bakış açısının Karen'ın durumuna uygun olduğu açıktır. Karen, sıklıkla çocuklarının güvenliği ile ilgili girici düşünceler deneyimlemektedir ve bu düşüncelere tepki vermekteki bir başarısızlığının, çocuklarının başına bir zarar gelmesi ile sonuçlanacağına inanmıştır. Bir çocuk olarak Karen'a, belirli düşünce ve fikirlerin kötü olduğu ve kilise ritüellerini sıkı bir şekilde takip etmenin, kurtuluşunu garanti edeceği ve ona gelecek zararları önleyeceği öğretilmişti. Bu ritüeller, kaderini kontrol etmenin ve güvenliğini sağlamanın temel araçları olmuştu. Bir yetişkin olarak bu kontrol mekanizmaları Karen'ın elinden alınmıştı. Kilisedeki görüş, reformlarla birlikte kurtuluşun (ya da kişinin ruhunu korumasının) belirli ve açıkça sergilenen davranışlardan çok kadere bağlı olduğu şeklinde değişmişti. Karen, arkadaşının kızının yaralandığı kritik yaşam olayını deneyimlediğinde ve kendine zarar vermeye dair girici düşünceler yaşamaya başladığında, kendisini korumak amacıyla sessiz dua yöntemini kullanmaya başlamıştı. Karen'ın bazı yönlerden takip eden sayma ritüelleri geliştirmesi,

çocukken öğrendiği resmî dinî uygulamaların bir ikamesini temsil ediyordu. Bunların mantık dışı ve büyük olasılıkla gereksiz olduğunu kabul ediyordu, fakat bunlar onun ani kaygısını, çocukken kiliseye gitmenin ona sağladığı rahatlatıcı etkiye çok benzer bir şekilde azaltıyordu.

Karen'ın tedavisi, öz kontrol duygusunu geliştirecek çabaları da içeren çeşitli bilişsel faktörleri içeriyordu. Tedavi ilk etapta stres düzeyini azaltmayı, Karen'ın duygudurumunu geliştirmeyi ve çevresini kontrol etmek için ona, girişimcilik eğitimi ve ebeveynlik becerileri konusunda yönergeler gibi başka alternatif araçlar vermeyi hedeflemişti. Derindeki dinî inanışları düşünüldüğünde, kilise ile irtibatı tekrar kurması konusunda yardımcı olmanın gerekli olduğuna kanaat getirilmişti. Bu prosedürler orta düzeyde bir başarıya ulaştığında, maruz bırakma ve tepki önleme kullanımı yoluyla doğrudan sayma ritüellerine müdahale etmek mümkündü. Bir bilişsel terapist maruz bırakma ve tepki önleme sürecini kişiye sorumluluk konusundaki abartılmış inançlarının (ör., mısır gevreği kutularını saymazsam) yanlış olduğunu ispatlaması için şans verilen bir tür "davranışsal deney" olarak görmektedir.

Geniş bir alandaki kanıt, davranışçı terapinin kompulsif bozuklukların tedavisinde etkili olduğuna işaret etmektedir (Houghton, Saxon, Bradburn, Ricketts ve Hardy, 2010; Tolin ve ark., 2007). En faydalı prosedür, yerinde (diğer bir ifadeyle doğal ortamında) maruz bırakma ile birlikte kullanılan tepki önleme (MBTÖ) gibi görünmektedir. MBTÖ'yü, uygulamalı gevşeme gibi, kontrol tedaviler ile kıyaslayan çalışmalar MBTÖ alan hastalarda (genellikle 15 ve 20 seans arasında) önemli ölçüde düzelme olması olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Şüphesiz, davranışçı tedaviye girmeyi büyük ihtimalle ilk etapta kaygı verici olduğu için reddeden ya da yarıda bırakan hastalar olmaktadır. Motivasyonel görüşme davranışçı tedavi yöntemlerine bağlılığı arttırmak için ilave bir yöntem olarak kullanılabilir (Riccardi, Timpano ve Schmidt, 2010). MBTÖ'yi tamamlayan hastalar içinden yüzde 80'i iyileşmiş olarak sınıflandırılmakta ve birçok OKB hastası da tedavi bitiminden sonraki aylarda bu ilerlemeyi korumaktadır.

Bilişsel terapi, OKB tedavisinde bir diğer psikolojik yaklaşımdır (Abramowitz, 2010; Salkovskis, 1999). Öncelikle kişinin girici düşüncelere, imgelere ve dürtülere yüklediği anlamlarla ilgilenilir. Eğer kişi bu düşünceleri kendisine ya da başkalarına gelebilecek zararları önleme ya da sebep olma sorumluluğunun sorgulanamaz bir işareti olarak yorumluyorsa OKB belirtilerinin ortaya çıkma ihtimali daha yüksektir. Bilişsel terapi; kişiye açık bir biçimde etkisiz ve kendi kendini baltalayıcı olan kompulsif davranışlar sergilemeye devam etmesini gerektirmeyen ya da onu bu konuda motive etmeyen girici düşüncelere karşı farklı yorumlamalar geliştirmesine ve kullanmasına yardımcı olur. Tedavi sonuç çalışmaları, bu tip bilişsel terapinin OKB'li kişilerin tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu bildirmektedir (McLean ve ark., 2001).

İlaç kullanımı da birçok hasta için faydalıdır. Klomipramin'in (Anafranil) OKB belirtilerini düşürmekte diğerlerine göre daha etkili olduğu görülmüştür; terapötik etkileri yalnızca eşlik eden depresif belirtilerin azalmasına atfedilemez (Kim, Koo ve Kim, 2010). Sürekli bir iyileşme ilaç kullanımının devamına bağlıdır. Birçok hastada

ilaç alımını bıraktıktan sonraki 4 hafta içerisinde OKB belirtileri geri dönmektedir. *Seçici seratonin geri alım engelleyiciler* (SSRI'lar) olarak bilinen Fluoksetin (Prozac), fluvoksamin (Luvox ve sertralin (Zoloft) gibi antidepresan ilaçların daha yeni jenerasyonları da OKB hastalarında kullanılmaktadır. Kontrollü çalışmalar bu ilaçların OKB tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Dell'Osso, Nestadt, Allen ve Hollander, 2006). SSRI'lar daha az yan etkileri olduğu için diğer ilaç türlerine tercih edilmektedir.

Tedavi sonuçlarına dair gelecek çalışmalarda birkaç konunun ele alınması gerekmektedir. İlaç ve MBTÖ'nün doğrudan karşılaştırılmasına yönelik az sayıda çalışma sonuçları rapor edilmiştir. Farmakolojik ve davranışsal tedavilerin birleşiminin, sadece birinin kullanımından daha etkili olup olmadığı net değildir (Albert ve Brunatto, 2009). Tabii ki daha önemlisi, belirli bir hastanın MBTÖ'ye mi ya da ilaca mı daha olumlu cevap vereceğini tahmin etmek şu an için mümkün değildir. Gerçek klinik uygulamada, OKB tedavisi için ilaç genellikle davranışçı terapi ile birlikte kullanılmaktadır.

Psikoterapi de ilaç da başarısız olduğunda, bir diğer tedavi türü olarak; kişinin davranışını değiştirme amacıyla sinirsel ağların cerrahi müdahale ile değiştirilmesini içeren teknikler şeklinde tanımlanan nöroşirurji düşünülebilir. Nöroşirurjinin ilk olarak psikotik hastalarla kullanılması amaçlansa da, klinik araştırmalar en etkili olduğu alanın OKB olabileceğine işaret etmektedir (Csigó ve ark., 2010). Bir boylamsal çalışma, diğer tüm tedaviler etkisiz kaldıktan sonra nöroşirurji alan 26 hastayı tanıtmaktadır. Cerrahi müdahale olmayan benzer OKB hastalarına kıyasla, 26 hastanın 10'u prosedür uygulandıktan sonraki yıllarda görünür bir biçimde iyiye gitmiştir. Diğer altısı hafif bir iyileşme göstermiş ve dördü ise daha kötüye gitmiştir (Hay, Sachdev, Cumming ve Smith, 1993). Bu çalışmada, tüm hastalarda, hastalık başlangıcı ameliyattan yıllar öncesi olduğu için, rapor edilen iyileşme oranları büyük olasılıkla plasebo etkisine ya da kendiliğinden geriye dönmeye (remisyona) bağlı değildir.

Bu sonuçlar göz ardı edilemez fakat yine de çok dikkatli bir biçimde yorumlanmalıdır. İlk olarak, nöroşirurjinin çift körlemesine yöntemle bir değerlendirmesi imkânsızdır. İkincisi, çalışmalar arasında cerrahi uygulamalar geniş bir çeşitlilik göstermektedir; dolayısıyla nöroşirurji hakkında genel çıkarımlar yapmak tartışmalıdır. Üçüncüsü ve muhtemelen en önemlisi, nöroşirurji hastanın entelektüel ve duygusal kapasitesinde genel değişikliklere sebep olabilmektedir. Bu değişiklikler öngörülemez ve çok az anlaşılmış biçimde bir kenarda durmaktadır. Bu nedenle birçok araştırmacı, bu tür radikal uygulamaların sadece hastanın belirtilerinin kronik ve çok ciddi biçimde rahatsız edici olduğu durumlarda ve denenmiş diğer tedavi programları başarısız olduğunda düşünülmesi gerektiği konusunda hemfikirdir.

Tartışma Soruları

1. Bir obsesyon ve bir sanrı inancı arasındaki fark nedir? Obsesyonlar hepimizin her gün yaşadığı günlük endişelerden hangi yönleriyle farklıdır?

2. Birçok insan düzenli olarak kısa girici düşünceler, dürtüler ve imgeler deneyimlemektedir. Bu tür düşüncelerin deneyimlenebilmesi, evrimsel bakış açısından uyum sağlayıcı olabilir mi? Örüntü ne zaman uyumsuzluk sınırına geçer?
3. OKB'nin hastanın ailesinin diğer üyeleri üzerinde ne tür bir etkisi olabilir? Kişinin eşi durumu tölere etmeli midir ya da özel temizlik ya da kontrol etme prosedürleri gibi kompulsif ritüellere katılmalı mıdır?
4. Maruz bırakma ve tepki önleme, hastalar için kaygı uyandırıcı olduğundan zorlu bir tedavi uygulamasıdır. Terapistler eğer uzun süreçte başarılı olacağını biliyorlarsa, hastalarını kısa süreçte üzücü olacak tedavilere katılma konusunda ne kadar zorlamalıdır?

BÖLÜM 9*

Biriktirme Bozukluğu

Psikolojik tedavi için üniversite kliniğine gelen Rebecca Ross, 52 yaşında, boşanmış ve iki çocuk annesiydi. Kötü bir dönemdeydi. Ev kredisini ödeyemediği için evini kaybedeceğinden korkuyordu. En büyük korkusu taşınması gerekeceği ancak bunu yapamayacağıydı çünkü evi büyük çöp poşetleri ile kâğıt ve kıyafetlerle doluydu ve kendisini onları taşımak ya da onlardan kurtulmak konusunda ikna edemiyordu. Torbalar dolusu şeyle başa çıkma düşünceleriyle bir şey yapamaz hâle gelmiş, bunalmıştı ve herhangi bir şeyi atma düşüncesi de onu kaygıya sürüklüyordu. Bir şeyi atarsa, sonrasında vergilendirme için ona ihtiyaç duyabileceğini düşünüyordu. Tüm bodrum katı, orada yürümesine engel olacak kadar fazla çöp torbalarıyla doluydu. Evin yatak odaları da doluydu ve torbalar, Rebecca'nın yatak odasını da tamamen ele geçirmişti. Bir yıl kadar önce, torba yığınları yatağını kaplamış ve onu salondaki koltukta uyumak zorunda bırakmıştı. Posta, fatura ve tanıtım afişleri eve geldiğinde, onları açıp kontrol etmekten korkuyordu. Faturaları açmak ya da posta ile gelen ilanları ayırmak yerine, onları mutfak tezgâhına ya da yemek odasındaki masaya yığıyordu. Diğer şeyler de orada toplanıyordu. Yığınlar çok büyüdüğünde, Rebecca başka bir çöp torbası alıyor ve her şeyi onun içine atıyordu, sonrasında da odalardan birinde torbayı koyacak bir yer bulmaya çalışıyordu. Genellikle durumundan ve evini ele geçiren açılmamış posta ve torbalardan endişeleniyordu. Gündeminde sıklıkla bu konular vardı. Bu ruminasyon deneyimini "çok fazla düşünme" olarak yaşıyor ve düşüncelerini kapatamadığını hissediyordu. Genellikle bu hislerin önüne geçmek için uyumaya gidiyor ve gün boyunca ve gece de dâhil aşırı uyuyordu. Ödenmemiş birçok fatura birikmişti ve gelir vergilerini de birkaç yıldır doldurmuyordu.

Sosyal Geçmiş

Rebecca birbirine sıkı bir şekilde bağlı bir aile içindeki 9 çocuktan beşincisiydi. Babası tamirci olarak çalışmış ve annesi de ev hanımlığı yapmıştı. Çocukken birçok arkadaşı olduğunu ve ailesine yakın olduğunu belirtmiştir. Liseden mezun olduktan sonra, Rebecca yönetici asistanı olarak çalışmıştı. Yirmi üç yaşına geldiğinde evlenmişti ve sonrasında bir oğlu ve oğlundan üç yıl sonra da bir kızı olmuştu.

*Çeviren: Klinik Psikolog Gizem Sarısoy

Rebecca'nın eşi, takip eden birkaç yıl içinde giderek Rebecca'ya sözel ve duygusal olarak kötü davranan biri hâline gelmişti. Rebecca'ya aptal ve değersiz olduğunu söylüyor ve çocuklarının ve ailesinin önünde onunla dalga geçiyordu. Eleştirilerinin çoğu, yemekler ve aşırı kilolu olduğu yönündeki algısı üzerineydi. Kontrol edici ve otoriterdi ve Rebecca'nın arkadaşlarını görmesine ya da işe girmesine izin vermiyordu. İşe gittiğinde, onu eve kilitliyordu. Rebecca 43 yaşındayken ve çocuklarının biri 13 ve diğeri 10 yaşındayken, sonunda kocasını terk etmeye karar vermişti. Erkek kardeşlerinden bazılarının yardımıyla, çocukları ile bir apartmana taşınmış ve boşanma davası açmıştı. Kocası boşanmaya karşı çıkmamış ve taşınmadan sonra da çocuklarla çok az iletişim kurmuştu. Rebecca sonunda, ailesinin desteği ile, çocuklarıyla birlikte yaşayabileceği üç odalı bir ev satın almıştı.

Boşanmadan sonra, bir diş hekiminin ofisinde sigorta dosya memuru olarak tam zamanlı çalıştığı ilk iki yıl gayet iyi gitmişti. Fakat 45 yaşında, ciddi biçimde depresif hâle gelmişti. O psikiyatri hastanesinde üç hafta geçirirken, çocuklarla kalmak için kız kardeşi gelmişti. Duygudurumu sabit hâle geldiğinde hastaneden çıkarılmıştı. İlk tedaviden sonra, Rebecca ayakta hasta olarak psikoterapi görmeye ve birkaç yıl aralıklı olarak antidepresan ilaç kullanmaya devam etmişti. Depresyon için iş göremezlik katkısı almış fakat yarı zamanlı olarak çalışmaya da devam etmişti.

Rebecca'nın sosyal işlevsellik düzeyi hayatının o noktasında gayet iyiydi. Kardeşlerine yakındı ve sıklıkla doğum günü kutlamaları için bir araya geliyorlardı. Yakın kadın arkadaşları vardı ve birlikte birçok şey yapıyorlardı. Bir adamla birkaç ay çıkmışlardı fakat adam ciddi bir ilişkiye hazır olmadığı için ayrılmışlardı.

Depresyon için tedaviye başladıktan üç yıl sonra, Rebecca'nın oğlu üniversiteye gitmek için taşınmıştı. Bu geçiş olumlu bir etki yapmış ve onu, daha iyi bir fiziksel şekle sahip olma konusunda motive etmişti. Sonrasındaki birkaç yıl, Rebecca kendisini fitnes ve egzersizlere adamıştı. Ne yazık ki, kızı da üniversiteye gitmek için yanından ayrılınca, Rebecca'nın duygudurumunda ciddi bir kötüleşme olmuştu. Egzersiz yapmayı bırakmış, çok fazla abur cubur yemeye başlamış ve tekrar aşırı kilo almıştı.

Rebecca'nın biriktirme ile ilgili problemi, yıllar boyunca kimsenin dikkatini çekmeden ya da kimseyi endişelendirmeden yavaş yavaş belirmişti. Evine yerleşir yerleşmez, çöp torbaları dolusu kıyafet ve eşya birikmeye başlamıştı. Yığınlar giderek büyümüş, ne çocuklar ne de kız kardeşi onların bodrumda biriktiğini fark etmemişti. Rebecca eşya toplamak (alışveriş yoluyla ya da çöpten toplama ya da diğer atılmış eşyaları alma) konusunda zahmete girmiyordu, fakat eşyalar evine bir kere girdiğinde, onları atamıyordu. Bunlara her yıl, daha da fazla poşet eklenmeye başlamıştı; ta ki bu karmaşa bunaltıcı hâle gelene kadar.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Bayan Bailey, klinik psikoloji alanında lisansüstü öğrenciydi ve Rebecca ile çalışmak için atanmıştı. Bilgi toplamak, sıkıntıların geçmişini öğrenmek, tedavi geçmişini almak ve Rebecca'nın tedavi hedeflerini öğrenmek için Rebecca ile görüşmüştü. Bu,

Rebecca'nın ayakta psikoterapi aradığı dördüncü seferdi. Önceki tanıları arasında süreğen depresif bozukluk (önceden distimi olarak bilinirdi) ve yaygın kaygı bozukluğu ve bunların yanı sıra, yatan hasta olarak tedavi aldığı zaman konulan majör depresif bozukluk tanısı bulunuyordu. Rebecca hâlâ aile doktoru tarafından yazılan antidepresan ilaçları kullanıyordu. Daha önce onu tedavi eden hiçbir terapistine biriktirme probleminden bahsetmemişti, fakat durumu zaman içerisinde daha da kötüye gitmişti. Şimdi biriktirme bozukluğunun ciddi bir şekilde hayatını aksattığını ve sağlık ve güvenliğini tehdit ettiğini fark ediyordu. Değişmek ve evini ele geçiren büyük karışıklığı azaltmanın bir yolunu bulmak için uygulanabilecek bir yöntem arayışında idi.

Bayan Bailey, Rebecca'ya biriktirme bozukluğunun tanı ölçütlerini karşıladığından bahsetti. Rebecca açık bir biçimde kaygı ve depresyon belirtileri sergilerken, Bayan Bailey tedavide biriktirme ile ilişkili davranışlara odaklanmanın en etkili yöntem olacağını ileri sürdü. Rebecca o anda, majör depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamıyordu ve Bayan Bailey, Rebecca'nın biriktirme davranışı ve kaygısının birbirini alevlendirdiğini gözlemlemişti. Rebecca haftalık psikoterapi seanslarını kabul etmişti. İlk seansların hedeflerinden biri, Bayan Bailey ve Rebecca arasında terapötik ittifakın geliştirilmesiydi ki bu, Rebecca'ya biriktirme davranışıyla mücadele etmesinde ihtiyaç duyacağı desteği sağlayacaktı. Terapi, faturaları ödemek ve gelir vergilerini doldurmak gibi finansal sorumluluklardan kaçınmasının yanında neyi saklayacağı neyi elden çıkaracağına dair karar vermekten kaçınmasını da hedef alacaktı. Terapi, ayrıca Rebecca'yı biriktirilmiş eşyaların ayıklanması sürecine girdiğinde de cesaretlendirecekti. Buna ek olarak terapi Rebecca'nın eşyalarla ilgili mantık dışı bilişlerini hedef alacak ve onun etkili başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olacaktı. Ayrıca terapi, Rebecca sahip olduğu şeylerin sayısını başarılı bir şekilde azalttığında, düzenleme stratejileri geliştirmesi konusunda Rebecca'ya pratik asistanlık yapmayı da içerecekti. Düzenli takip edildiğinde, bu stratejiler belirtilerin tekrar nüksetmesi ve eşyaların tekrar birikmesi olasılığını azaltacaktı.

Bayan Bailey'nin biriktirilmiş eşyaların ne kadar olduğunu ve boyutunu belgeleyebilmesi için Rebecca'nın ilk ev ödevi, evindeki tüm odaların fotoğraflarını çekmekti. Bu fotoğraflar evdeki yığınların bir endeksi olarak iş görecek ve tedavi sürecinin değerlendirilebileceği bir referans ölçütü sağlayacaktı. Rebecca tedavi dosyasına eklemesi için fotoğrafları Bayan Bailey'e e-posta ile göndermişti. Fotoğraflar evin yüzlerce büyük, dayanıklı çöp torbaları ile karmakarışık olduğunu ortaya çıkarmıştı, fakat bu yığınlar çoğunlukla bodrum kat, üç yatak odası ve araba ile sınırlıydı. Yemek odasındaki masada ve mutfak tezgâhlarından birinde, salonda ve mutfakta kâğıt yığınları olmasına karşın, garaj neredeyse temizdi. Banyolardan birisi çantalarla doluyken, diğeri temizdi. Çantalar birbirinin ardına üst üste dizilmişti fakat odanın tavanına ulaşmıyordu.

Rebecca ilk seans boyunca, Bayan Bailey ile, yaşadığı alanın görüntüleri üzerine konuştu. Ayrıca birlikte, ipotekli evinin elinden alınacağı korkusunu ve çocukları büyüdüğü ve onunla birlikte yaşamadığı için daha küçük bir eve taşınma isteğini konuştular. "Kullanılmış ev" olarak tanımladığı hâlihazırdaki evlerden almak istememişti, çünkü bu evlere mikropların ve "kötü şansın" bulaşmış olmasından korkuyordu. Ya-

pımının son aşamalarında olan bir binada daire almak istiyordu. Orada yaşamanın kendisi için sağlıklı olacağını ve orada daha mutlu olabileceğini hissediyordu. Biriktirilmiş eşyaların olduğu torbalarının içindeki böceklerden ve diğer pisliklerden endişeleniyordu. Bayan Bailey, ilk hedefin çantalar dolusu yığının arabasından kaldırılması olduğunu belirtmişti. Rebecca, arabasındaki çantalardan birini sonraki seansa getirmeyi kabul etmişti.

Bir sonraki seansta, Rebecca arabasından bir çanta getirmişti. Seans, Bayan Bailey tarafından desteklenen ve cesaretlendirilen Rebecca'nın çantayı açması ve eşyaları ayıklaması ile geçti. Çantada eski gazeteler, küçük gelen giyim eşyaları ve kırılmış bir sepet bulunuyordu. Her eşyayı eline aldığında, Bayan Bailey, Rebecca'dan kaygı düzeyini belirtmesini istiyordu. Rebecca huzursuz, kaygılı ve bunalmış hissediyordu. Ne zaman evde incelemek için bir çantayı açmayı denese, kaygı düzeyinin çok yüksek olduğunu ve çantayı kapatıp gergin hissetmekten kaçındığını ve bunun yerine genellikle koltukta kestirdiğini itiraf etmişti. Yine de terapistin desteği ile eşyaları ayıklama çabalarına devam edebilmişti. Kırılmış sepet ve gazeteleri Bayan Bailey'nin ofisindeki çöp kutusuna atmaya karar verdi. Her giyim eşyasına ayrı ayrı baktı ve Bayan Bailey'nin yardımı ile, hiçbiri üzerine olmadığı için bunları saklamasına gerek olmadığına karar verdi. Giysileri tekrar çöp torbasına koydular ve Rebecca torbayı bırakmak için, evinin yolu üzerindeki bir Goodwill bağış kutusuna uğramayı kabul etti.

Bir sonraki seans sırasında, Rebecca torbayı bağış kutusuna atarken kaygılı hissettiğini ama yine de bunu yapabildiğini belirtti. Arabasından başka bir çöp poşeti getirmişti. Seanslar arasında, başka hiçbir şeyi elden geçirmek için girişimde bulunmamıştı. İkinci çöp torbasını ayıklamaları seansın büyük bölümünü almıştı, fakat Rebecca, hiçbir şeyi atmayı reddetmeden üzerinde çalışabilmişti. Terapi haftalık düzende 25 seans ilerlemişti. Her seans, bir ya da iki torbanın üzerinden gidilmesi ve detaylı biçimde incelenmesi ile geçiyordu. Rebecca gelişme gösteriyordu; arabası yığınlardan temizlenmişti ve banyosu da kısmen temizlenmişti. Fakat finansal durumu ile ilgili kaygısı artıyordu; bu yüzden Bayan Bailey'in cesaretlendirmesi ile bir sonraki seansa açılmamış postaların olduğu torbalardan birini getirmeyi kabul etmişti. Bu torbaları yatak odasında saklıyordu. Kaygısından dolayı bu torbalara dokunmak bile onun için zordu, fakat terapi odasında torbayı açmayı daha kolay bulmuştu. Torbadakilerin çoğu önemsiz postalar olsa da, birkaç ödenmemiş fatura ve saklanması gereken birkaç evrak da içeriyordu. Seansta faturalar için çek yazmış ve gelir vergileri ile ilgili evrakları toplamak için bir dosya tutmayı kabul etmişti. Zamanla her şeyi bir araya toplayacak, sonrasında da bir muhasebeci olan erkek kardeşinden ne yapması gerektiği konusunda yardım isteyecekti. Yardım isteyecek olma durumundan utanmış, fakat evrakları bir arada tezgâhta toplama sürecine başlamayı kabul etmişti.

Bayan Bailey, Rebecca'yı haftalık seanslar devam ederken evde torbaları incelemek için yalnız çalışmaya başlaması konusunda cesaretlendirmişti. İlerleme kaydediyor, fakat çok yavaş ilerliyordu. Çabucak bunaldığı, torbanın içindekilerle nasıl başa çıkacağından emin olamadığı ve torbanın içindekileri açmak ve dokunmak konusunda bile kaygılı hissettiği için, bir torbayı tek başına inceleyip ayırmak konusunda

zorluk yaşamaya devam ediyordu. Bu kaygıyı yönetme konusunu ele aldılar. Rebecca, her geçen hafta bir torbayı tek başına açmak konusunda yavaş fakat istikrarlı bir ilerleme gösteriyordu.

Tedavinin bu aşamasında, iş yerinde küçülmeye gidildiği için Rebecca işini kaybetmişti. Neyse ki, birkaç hafta içinde satın almayı umduğu daireye yakın bir yerde başka bir iş buldu. Krediye başvurdu, daireye depozito verdi ve altı ay öncesinden taşınma tarihi belirledi.

O zamana kadar 40 seans terapi tamamlanmış ve tek başına haftada iki torbayı ayıklamayı başarmıştı. Ne yazık ki, sonraki hafta yeni işini stresli bulmuş ve tüm haftayı sadece çalışarak ve uyuyarak geçirmişti. Hiçbir torbayı ayıklamamış ve hatta bulaşıkları bile yıkamamıştı. Taşınması gereken süreden önce tüm torbaları temizlemeyi bitiremeyeceğinin fakına varmıştı. Bu nedenle, sonraki altı seans bodrum katında kalan diğer torbaların üstesinden gelmesi için profesyonel yardıma ihtiyacı olup olmadığı konuşuldu. Evinde başka insanların çalışması fikri onu çok kaygılandırmıştı. Neler olabileceğine dair uzun uzadıya düşünceler aklına gelmişti; örneğin, gelecek kişilerin ayakkabılarının kirli olup olmayacağı ve pisliği içeri sokup sokmayacakları gibi. Son derece kararsızdı ve ne yapacağı konusunda bir karara varamıyordu.

Sonunda, *Komşu Komşuya Yardım Eder (Neighbors Helping Neighbors)* isimli bir gönüllü kurumdan yardım istemeye karar vermişti. Onlar evdeyken, hiçbir şeyi atmaya karşı çıkmamış, bunun yerine izlemiş ve son derece rahatsız hissetmişti. Orada oldukları ilk gün onların da yardımıyla, Rebecca birçok torbayı ayıklamış ve gün sonunda 12 torba çöp, 10 torba oyuncak ve Goodwill'e bağışlanacak 4 torba kitap ve giysi çıkarmıştı. Oradaki ikinci günlerinde, sonuç 36 torba çöp ve 32 torba bağıştı. Bu kadar çok ilerleme ile Rebecca taşınmak için tarihi tutturabileceği konusunda daha umutlu hissetmeye başlamıştı. Şimdi satışa koymak için evini temizletmesi gerekiyordu fakat ne yapacağı ile ilgili bunalmış hissediyordu. Bayan Bailey ile yapılacaklar listesi hazırladı ve bir sonraki işe geçmeden önce her göreve ne kadar zaman ayırması gerektiğini planladı. Ayrıca bir sonraki göreve ne zaman geçeceğine dair bilgi vermesi için mutfak alarmını ayarlamaya karar verdi.

Sonunda, ev hazırdı. Satıştaki ilk gün, ev alıcılara açıkken, bir alıcı teklif vermişti. Bu kadar kısa sürede satış yapacağı için heyecanlanmış, fakat şimdi de toparlanıp taşınacağı güne kadar sadece beş haftası olduğu için endişelenmişti. Neyi taşıyacağına ve neyi bağışlayacağına nasıl karar vereceği konusunda bunalmış hissetmişti. Bayan Bailey'in yardımı ile 2 yıldır kullanmadığı her şeyi ayırmaya ve ayıklanmamış çöp torbaları dâhil, geriye kalan her şeyi kutulayıp taşımaya karar vermişti. Bu işi başarıyla tamamlamış ve yeni dairesine taşınmıştı. Taşındıktan sonra, 12 kutuyu açmış ve sonrasında devam etmemişti. Kalan diğer kutular daire boyunca yığın şeklinde kalmıştı. Duygudurumu kötüleşmişti, eşyaları açmaya ve ayıklamaya devam etmesi konusundaki cesaretlendirmelere karşın gittikçe daha çok uyumaya başlamıştı.

Rebecca'nın oğlu evleneceğini açıklamış ve sonrasında Rebecca'nın annesine yumurtalık kanseri teşhisi konmuştu. Kendi dairesine taşındıktan beş ay sonra,

Şükran Günü için oğlu ve kızı ziyarete gelmişti. Daha küçük bir yaşam alanında, açılmamış kutular yığınının boyutu saklanamıyordu. Çocuklar, annelerinin içinde yaşadığı durumu görünce tam anlamıyla şok olmuşlar ve ona "hasta" olduğunu söyleyerek yüzleştirme yapmışlardı. Çocuklarının kınaması, Rebecca için yıkıcı olmuştu. Terapinin sonraki aylarında, Rebecca kendisinde neyin yanlış gittiği, nasıl daha iyi olabileceği ve neden daha fazla kutu açamadığı üzerine derin düşüncelere dalmıştı. Yalnızken eli ayağı tutmaz hissetmiş ve terapide annesinin hayatını tehdit edici hastalığının uyandırdığı ölüm süreci ve ölüm korkusu üzerine konuşmaya oldukça zaman ayırmıştı.

Rebecca oğlunun düğünü ile ilgili işlerde yardımına koşmuş ve insanların arasındayken durumunun iyi olduğunu fark etmişti. Daha çok kutuyu açmak ve kalan çöp torbalarını ayıklamak konusundaki becerisi yenilenmişti. Şimdi dört yıldır vergileri doldurmamış olmasına dair kaygısı artmaya başlamıştı. Bayan Bailey onunla nasıl bir doldurma sistemi düzenleyeceğini planlamış ve Rebecca evrak dosyaları, etiketler ve doldurma kutuları satın almıştı. Rebecca onları terapi seansına getirmiş ve birlikte kalan finansal kâğıtlarını düzenlemek için bir sistem ortaya çıkarmışlardı. Sonunda vergi borçlarını dolduran ve ona cezaları ödemek için bir ödeme planı yapılandıran erkek kardeşine dosyaları götürmeye hazırdı. Eylemlerinin sonuçlarının farkına vardığında, hapse girme korkusu ortaya çıkmıştı. Neyse ki, Rebecca için ortaya çıkan tek ceza finansaldı. Bayan Bailey, Rebecca'ya kendi kendine açıklamalar yapması için "Vergilerimi hallederek doğru olanı yapıyorum." gibi güven verici cümleler öğreterek baş etme becerileri üzerine çalışmıştı.

Terapinin devam eden desteği sayesinde, Rebecca geriye kalan birikmiş eşyaları ayıklamak üzerine çalıştı. Giysi poşetlerinin içinde böceklerin gizlenmiş olabileceğine dair korku yaşamıştı, çünkü torbalardan birini açarken, giydiği tişörtün üzerinde bir örümcek bulmuştu. Bayan Bailey, onun örümceklerle ilgili rasyonel olmayan düşüncelerini sorgulamış, tişörtünde bir örümcek var diye zarar görmediğini ve torbalardan birinin yakınındayken örümcek görmesinin torbada böcekler olduğu anlamına gelmediğini göstermeye çalışmıştı. Bayan Bailey, rasyonel olmayan korkularının üstesinden gelmesi için kendisini torbanın içeriğine maruz bırakması konusunda cesaretlendirdi. Rebecca bu zorluğu iyi ele almış ve kaygısı azalmıştı.

Dört yıl ve 202 seans süren terapinin sonlarına yakın, Rebecca eşyaları elden çıkarmak konusundaki isteksizliğine etki eden bir faktörün de, onları duygusal sebeplerle tutmak istemesi olduğunu kabul etmişti. Örneğin, çocuklarının küçüklüğünden kalan oyuncaklardan kurtulmak konusunda isteksizdi, çünkü onlar aileyi temsil ediyordu. Sonunda kızı ve oğluna gelip istedikleri oyuncakları almalarını, kalanları bir vakfa bağışlayacağını söyleyebilmişti. Ayrıca, yılbaşı süslerini aylarca masada tuttuğunu çünkü onların, kendisini daha az yalnız hissetmesini sağladığını kabul etmişti. Kaygılı hissetme korkusu olduğunu öğrenmişti. Terapi süreci, eşyaları ayırırken üst üste kaygı deneyimleri yaşamasını da içeriyordu. Bu maruz kalma, kaygı hissine katlanamamasını azaltmıştı. Terapinin sonunda, kutuları açmayı bitirmiş ve biriktirilmiş eşyalardan çoğunu ayıklamıştı. Evraklar eve geldikçe onlarla başa çıkabilmek için düzenli olarak takip ettiği bir organizasyon sistemi geliştirmişti.

Tartışma

DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'na (APA, 2013) göre, Rebecca bir şeyleri atmak konusunda stres yaşama ve ihtiyaç duyulmayan eşyaları elden çıkaramama, ortaya çıkan yığınlar sonucu yaşam alanının kaybetme ile karakterize olan biriktirme bozukluğu tanı ölçütlerini karşılıyordu. Biriktirme bozukluğuna sahip birçok kişi zorlantılı olarak ya alışveriş yaparak ya da çöpten toplayarak ve başkalarının elden çıkardıklarını toplayarak daha fazla eşya elde eder. Rebecca, biriktirme davranışının sebep olduğu zorluklara karşı oldukça iyi bir içgörüye sahipti. Oysa ki biriktirme bozukluğu olan birçok kişi, ortaya çıkan problemleri ve bu durumdan ötürü zarar gören ilişkileri inkâr eder.

DSM Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nın önceki basımlarında, zorlantılı biriktirme obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun ya da yeterince şiddetliyse, obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) potansiyel bir belirtisi olarak tanımlanıyordu. Bununla birlikte araştırmalar, zorlantılı biriktirmenin hem diğer OKB belirtilerinden ayrı bir faktör olarak göründüğü için hem de biriktirme ve OKB arasında önemli farklılıklar olduğu için OKB'den ayrı olduğunu göstermiştir. Bu farklılıklar, biriktirmede zorlantılı eşya edinmekten duyulan hazzı da içerir. Buna ek olarak, biriktirme ile ilgili düşünceler OKB'deki gibi girici, istenmeyen ya da stresle ilişkili bir biçimde değildir (Mataix-Cols ve ark., 2010). Bunun yerine biriktirme bozukluğunda kaygı, sadece sahip olunan şeyleri kaybetme düşünceleri ile ortaya çıkar.

Bazı vakalarda, biriktirme bozukluğu olan kişilerin yaşam alanlarının hijyeni ciddi bir biçimde bozulmuş olabilmektedir. Biriktirilmiş eşyalar yığını, temizlik yapmayı imkânsız hâle getirmekte ve pislik yıllar boyunca yığınların altında ve içinde toplanmaktadır. Temizlik malzemelerine ve lavabolara ulaşım torba yığınları tarafından engellenmiş olabilmektedir. Bazen çürümüş yiyecekler ya da insan atıkları biriktirilmektedir ve ev böceklerle ve diğer zararlı haşaratlarla dolmaktadır (Snowdon, Pertusa ve Mataix-Cols, 2012). Rebecca çürümüş yiyecekleri biriktirmemiştir ve böcek sarmasından korkmasına karşın, evinde sadece yığınlar vardır ve pislik içinde yaşadığına dair hiçbir kanıt yoktur.

İnsanların yüzde 2 ila 5'ini etkileyen biriktirme bozukluğu muhtemelen OKB'den iki kat daha yaygın görülmektedir (Tolin, 2011). Bozukluk çevreye pahalıya mal olmaktadır; komşuları, kamusal konut tesislerini, ev sahiplerini, yaşlı ve çocuk ihmali ya da yaşlı ve çocukları tehlikeye atan potansiyel durumları araştırması gereken sosyal hizmet acentalarını etkilemektedir. Biriktirme düşme, sıkışma ya da eşyaların devrilmesi ile yaralanma ve yangınlar ile de ilişkilidir. Yığınlar itfaiyecilerin yanan kurbanı kurtarmasını bile engelleyebilir (Tolin, Meunier, Frost ve Stekee, 2010). Ev yangınlarının yüzde 1'den azı biriktirme yapılan yerleşkelerde çıkmasına karşın, yangından kaynaklanan tüm ölümlerin dörtte birini oluşturmakta ve bu yerleşkedeki hasarlar 8 kat daha fazla olmaktadır (Frost, Steketee ve Tolin, 2012).

Biriktirme bozukluğu majör depresif bozukluk (MDB), yaygın kaygı bozukluğu (YKB) ve sosyal kaygı bozukluğu ile ilişkilidir. Biriktirme bozukluğu olan kişilerin yarısından fazlası MDB için, dörtte biri YKB için ve dörtte biri de sosyal kaygı bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaktadır (Frost, Steketee ve Tolin, 2011). Sıklıkla,

depresyonu ve biriktirme bozukluğu olan kişiler "yorgunluk-kaynaklı kaçınma" belirtisi gösterirler (Hall, Tolin, Frost ve Steketee, 2013). Rebecca kesinlikle biriktirilmiş eşyaları ayırma ile ilişkili bu baskıdan ve kaygıdan uyuyarak kaçınma örüntüsünü gösteriyordu ve MDB tanısı da almıştı.

Birçok biriktirme vakası ergenlik ya da erken yetişkinlik başlangıçlıdır ve sadece yüzde 4'ü, 40 yaşından sonra başlangıç gösterir (Tolin, Meunier ve ark., 2010). Bununla birlikte, bozukluğun başlarında, biriktirme hafif şiddetlidir ve yığılma arttıkça yaş ile birlikte kötüleşme eğilimindedir. Ek olarak, evde yaşayan başkalarının varlığı yığınların boyutları için bir sınır işlevi görebilir ve eğer kişi dul ya da boşanmışsa durum çok daha kötü olabilir. Bu örüntü Rebecca'nın belirtileri ile tutarlıdır. Geç başlangıç rapor etmiştir fakat açık bir şekilde biriktirme boşanmadan sonra artmış ve özellikle çocuklar büyüyüp taşındıktan sonra daha da kötüleşmiştir. Biriktirme bozukluğu vakalarının birçoğu kroniktir ve çok azı tedavi olmadan iyileşir (Frost ve ark., 2012). Vakaların yaklaşık yüzde 85'i aşırı miktarlarda eşya edinmektedir ve bu belirtinin boyutlarını gerçekte var olandan az rapor etmeleri olasıdır (Gilliam ve Tolin, 2010).

Biriktirme bozukluğu üzerine yapılan araştırmaların çoğu, bilhassa kadın örneklemleri içermektedir fakat popülasyon çalışmaları kadın ve erkeklerin biriktirme bozukluğu geliştirme olasılığının ya eşit olduğunu ya da kadınlardan çok erkeklerin hastalığı geliştirme olasılığı olduğunu belirtmektedir (Frost ve ark., 2012). Görünen o ki kadınların tedavi araması ya da araştırma çalışmalarına katılmaya gönüllü olmaları daha olasıdır. Biriktirme bozukluğu olan kişilerin büyük çoğunluğunda, kişiler arası şiddet mağduriyeti ve ölüm ya da boşanma yoluyla bir ilişki kaybı öyküsü rapor edilmektedir (Tolin, Meunier ve ark., 2010). Ön araştırma, biriktirme bozukluğunun dünyanın çeşitli yerlerinde ortaya çıktığını göstermektedir, fakat kültürel farklılıklar üzerine çok az çalışma vardır (Frost ve ark., 2012).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Biriktirme aileden gelmektedir. Biriktirme bozukluğu olan kişilerin yüzde 85'inden fazlası eşyaları aşırı şekilde biriktiren biyolojik bir akrabaları olduğunu rapor etmiştir (Gilliam ve Tolin, 2010). Klinik derecede anlamlı biriktirmede ailesel katkının ne kadarının genetik faktörlere atfedilebileceğini tahmin etmek için, örneklemi özdeş ikizlerin oluşturduğu büyük bir çalışma yürütülmüştür. Bu özel örneklemde, zorlantılı biriktirmenin varyansının yüzde 52'sinin genetik faktörlere bağlı olduğu görülmüştür (Iervolino ve ark., 2009). Bu örneklemde, kadınlar arasında genlerin rolü açık bir şekilde görülmüş fakat etki eden çevresel faktörlerin de rol oynadığı görülmüştür. Beyin kaynaklı nörotropik faktör (BDNF) için kodlama yapan belirli bir gen türü hem şiddetli biriktirme hem de yüksek beden kitle endeksleri ile ilişkilidir (Timpano, Schmidt, Wheaton, Wendland ve Murphy,2011); bu da biriktirmenin kalıtsallığı için olası bir mekanizmaya işaret etmektedir. Yiyecek kıtlığı olan stresli ortamlarda, hayatta kalma stratejilerinden biri, vücuttaki yağ depolarını arttırmak ve yiyecek biriktirmektir; BDNF geninin bu türü "tutumluluk geni" için bir mekanizma olabilir. Bu mekanizma kararında olduğunda, stres karşısında uyumsal bir tepkidir fakat fazlası patolojik olabilmektedir.

Beyin hasarı da *organik biriktirme* olarak bilinen biriktirmeye sebep olabilir. Bu beyin hasarı inme kaynaklı ya da demans durumlarında lezyonlar yoluyla oluşabilir ve limbik sistemdeki dopaminerjik yola gelen zarar organik biriktirmede merkezî rol almaktadır (Mataix-Cols, Pertusa ve Snowdon, 2011). Bununla birlikte, bu bulgular biriktirme bozukluğunun, beyin travması ya da dejenerasyonu sonrası aniden ortaya çıkmak yerine, hayatın erken bir döneminde ortaya çıkan ve giderek gelişen organik olmayan vakalar için geçerli değildir. Bir fonksiyonel MRI çalışması biriktirme bozukluğu olan kişilerin bir eşyayı atmak ya da atmamak konusunda karar verirken beyin aktivitelerini incelemiş ve beynin cezayı kaydeden bölgelerinin oldukça aktif olduğunu bulmuştur (Tolin, Kiehl, Worhunsky, Book ve Maltby, 2009). Bu bulgular biriktirme bozukluğu olan kişiler için zor olanın karar verme süreci olmadığını, daha ziyade bir eşyayı atma kararının bir tür kayıp olarak deneyimlenmesi olduğunu belirtmektedir. Eşyaları kaybetmenin cezalandırıcı caydırıcı etkisi onların ayıklamak, düzenlemek ve ihtiyaç olmayanları ayırmak konusunda kaçınmasına sebep olabilir (Tolin, 2011). Buna ek olarak, eşya alma sırasında deneyimlenen haz ile ve bir şey almamaya karar vermenin yaratacağı acı ve stresten kaçınma ile aşırı eşya edinme pozitif olarak pekiştirilebilir (Wheaton, Abramowitz, Franklin, Berman ve Fabricant, 2011).

Cezalandırıcı kayıp deneyimini açıklayabilecek birçok olasılık vardır. Biriktirme bozukluğu olan kişiler objelere aşırı değer atfediyor olabilir; örneğin eşyalara duygusal ya da hassas anlamlar atfetmek gibi, bu kişiler eşyaları elde edebilecekleri durumlarda dürtülerini kontrol etmekte sorun yaşıyor olabilirler ya da bu kişiler attıkları bir eşyaya daha sonra ihtiyaç duyma durumlarında yaşayacakları cezalandırıcı deneyime odaklanıyor olabilirler (Preston, Muroff ve Wengrovitz, 2009). Biriktirme bozukluğu olan kişiler eşyalarından rahatlama aradıklarını belirtmeye daha yatkındır (Nedelisky ve Steele, 2009). Kendilerini ne yaptıklarındansa neye sahip olduklarıyla tanımlamaya ve sahip olduklarını kimlik hisleri ile ilişkilendirmeye daha yatkınlardır (Gilliam ve Tolin, 2010). Biriktirme bozukluğu olan kişilerin öz kontrol eksiklikleri vardır ve bir şeyi elde etme ya da fonksiyonel yaşam alanı için (uzun vadede iyi) tutma arzusuna (anlık haz) direnmekle mücadele ederler; dahası yorgunluk ya da stres kısıtlı olan öz kontrol kaynaklarını sarsar, biriktirme davranışını alevlendirir (Timpano ve Schmidt, 2013).

Biriktirme bozukluğunda çevresel faktörlerin etkisi üzerine de çalışmalar mevcuttur. Çalışmaların sonuçlarına göre, biriktirme bozukluğu travmatik deneyimler ve stresli yaşam olayları ile ilişkili bulunurken, çocuklukta yaşanan yoksulluk ve mahrumiyet ile ilişkili bulunamamıştır (Mataix-Cols ve Pertusa, 2012). Biriktirme bozukluğu vakalarının birçoğunun başlangıcı bir ilişkinin kaybı ya da soyulma gibi stresli yaşam olayları ile tetikleniyor gibi görünmektedir ve biriktirme kişinin güvenlik hissini arttırarak işlev görmektedir (Tolin, 2011). Biriktirme bozukluğu olan kişiler sıklıkla eşyaları üzerinde kontrol sağlama ihtiyacı hissederler ve onlardan sorumlu hissederler. Sıklıkla başka birinin onların eşyalarını eline almasına ve hatta eşyalarına dokunmasına engel olurlar (Steketee, Frost ve Kyrios, 2003). Eşyaları hakkındaki bilişleri, sanki onlar insanmış gibidir ve eşyaları biriktiren kişi, insanlar yerine eşyalar ile bir bağlanma geliştirebilir. Bu insanbiçimcilik (antropomorfizm) biriktiren kişilerin insanlarla ilişki kurmak ve sürdürmek konusunda problemleri olduğu bulgusu ile de eşleşmektedir. Rebecca ar-

kadaşlıklarında problem yaşamasa da, kötü evliliğinde kesinlikle travma yaşamıştı ve biriktirme bozukluğunun başlangıcından önce bu evliliğin kaybı vardı.

Tedavi

Tedavinin yoluna sayısız zorluk çıkabilir. Biriktirme bozukluğu olan kişinin yaşam durumuna karşı klinisyenin ilk tepkisi, sıklıkla şok ve iğrenme tepkisini içerir ve eğer klinisyen nötr, kabul edici tutumunu sürdürmekte dikkatli olmazsa, klinisyenin duygusal tepkileri danışanın utanç ve reddedilme duygularına bağlı olarak terapinin erken sonlandırılmasına sebep olabilir (Frost ve Hristova, 2011). Biriktirme bozukluğu olan kişiler sıklıkla sıkıntılı değillerdir, değişmek istemezler ve durumlarının ne kadar şiddetli olduğuna dair içgörüleri yoktur; biriktirme davranışlarını sıklıkla mantığa büründürürler, haklı gösterirler ve biriktirme ile ilgili bilişlerinin mantık dışılığının farkında değillerdir (Tolin, Fitch, Frost ve Steketee, 2010). Tedaviyi bırakarak, seansları kaçırarak ya da ev ödevlerini tamamlamayarak tedaviye direnirler (Gilliam ve Tolin, 2010). Ek olarak, terapistler bozukluğa karşı güçlü tepkiler verebilir ve yüzleştirmeye ve davranışı değiştirmek için kişiyi zorlamaya çalışabilir; ki bu da genellikle geri tepecektir. Motivasyon görüşmesi biriktirme davranışını değiştirmenin artı ve eksilerine odaklanmaya zaman harcayarak kişinin tedaviye bağlılığını arttırabilir.

En etkili tedavi türü bilişsel davranışçı tedavidir (Steketee ve Frost, 2007). Bu yaklaşım yeni eşyalar edinilmesini azaltmayı ve biriktirilmiş eşyaları ayıklamayı ve atmayı içerir. Ek olarak, eşyalar ile ilgili mantıklı olmayan inanışları da hedef alır. Tedavi ayrıca biriktirme bozukluğuna sahip kişiler için sıklıkla zor olan evrak akışını yönetmek için bir düzenleme sistemi ayarlamak konusunda da pratik yardım sağlar. Eşya almayı tetikleyecek alışveriş ya da olumsuz duygudurumu gibi durumlardan kaçınmak için strateji oluşturarak ve boşluğu doldurmak için daha uyumsal yollar bularak eşya edinmeyi azaltmak başarılabilir. Tedavinin ayıklama ve atma kısmı, mantıklı olmayan bilişlere meydan okunmasına ve hızlıca en çok şeyi elemek yerine, etkili karar verme yöntemleri öğretmeye odaklanır. Tedavi, sıklıkla uzun tedavilerle ilişkili maliyeti azaltmaya yardımcı olan grup terapi formatında da etkili olarak sağlanabilir (Muroff ve ark., 2009).

Diğer yaklaşım, zararı azaltma yaklaşımıdır. Bu yaklaşım ilk olarak madde kötüye kullanım bozukluğu olan kişilerle uygulanan ve onlara temiz iğneler sağlayarak, davranış değişikliğini değil, bulaşıcı ve kan yoluyla geçen hastalıklara yakalanma riskini minimuma indirme amacını taşıyan yaklaşımdır. Hastalar bozukluğu ortadan kaldırmaya odaklanan tedavileri reddettiğinde, bu yaklaşım iyi bir uzlaşı olabilmektedir (Tompkins, 2011). Örneğin diğer hiçbir alanı değiştirme girişimi olmadan daha önce kapalı olan tuvalete ya da lavaboya girişi açmak gibi, kişinin konforunu arttıracak küçük değişiklikler planlamak biriktirme bozukluğu ile ilişkili zararı azaltmak için etkili bir yol olabilir.

Biriktirme bozukluğunu tedavi etmek için ilaç kullanımının etkililiği tartışılmaktadır. Bazı çalışmalar, seçici seratonin geri alım engelleyiciler (SSRI) gibi antidep-

resanların etkili olmadığını bulmuşken; diğerleri plasebo ile karşılaştırıldığında anlamlı iyileşme sağladığını belirtmiştir (Saxena, 2011). Hastalık kısa bir zaman önce OKB'den kavramsal olarak ayrıştırıldığı ilacın etkileri konusunda karar verebilmek için daha çok çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Tartışma Soruları

1. Biriktirme bozukluğu dürtü kontrol problemi ile ilişkili olan, madde ile ilişkili bozukluklar ya da kumar bağımlılığı gibi diğer bozukluklarla ne yönlerden benzerdir? Farklılıkları nelerdir?
2. Biriktirme bozukluğunun tedavisi bazı özel zorluk ve sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bunlardan en zor olanın hangisi olacağını düşünüyorsunuz?
3. Rebecca'nın kaygı belirtileri biriktirme bozukluğu ile nasıl ilişkilidir? Kaygı ya da depresyon belirtileri yerine biriktirme bozukluğuna odaklanma kararı konusunda terapist ile aynı fikirde misiniz? Neden aynı fikirdesiniz ya da neden değilsiniz?
4. Biriktirme bozukluğu toplum için pahalıya mal olmaktadır. Kişinin haklarını ve toplumun çıkarını dengelemenin en iyi yolu nedir?

BÖLÜM 10*

Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Tecavüz Travması

Yirmi yaşında bekâr bir kadın olan Jocelyn Rowley, orta batıda bir üniversitede ikinci sınıf öğrencisiydi. Her zaman iyi bir öğrenci olmuştu, fakat son zamanlarda notları düşmüştü ve çalışmakla ilgili sorun yaşıyordu. Akademik zorlukları, ilişkilerle ve uyku ile ilgili bazı problemlerle birleşince Jocelyn ilk defa terapiste gitmeye karar vermişti. Yalnız olmaktan korkmasına karşın, şimdiki arkadaşları ya da erkek arkadaşına hiç ilgisi yoktu. Terapiste kitap okumak gibi günlük şeyleri yaparken, bazen kurbanı olduğu bir saldırı ya da tecavüz gibi şiddet içeren olayların canlı görüntüleri tarafından ele geçirildiğini söylemişti. Bu belirtiler oldukça ani bir şekilde ortaya çıkmakta ve bunlar Jocelyn'de aklını kaybetme korkusuna sebep olmaktaydı.

Jocelyn'in belirtilerinin çoğu, üniversite danışma hizmetini ziyaret etmeden 2 ay önce başlamıştı. O zamandan beri neredeyse her gece tanımadığı, siyah giyinmiş adamların ona zarar vermeye çalıştığı kâbuslar görmekteydi. Uykuya dalmakla ilgili bir problem yaşamamakta, fakat kâbuslardan kaçınmak için uyanık kalmaya çalışmaktaydı. Gün içinde, arkasından birisi yürüyerek ona yanaşırsa ve beklenmedik şekilde omzuna dokunursa, Jocelyn'in irkilmesi arkadaşlarını rencide edecek düzeyde oluyordu. Ders çalışırken, özellikle de İngilizce ders kitabını okuyorsa, fiziksel vahşet düşüncelerine giriyor ve dikkatini dağıtıyordu. Okul işlerine odaklanmakta ciddi miktarda zorluk yaşıyordu.

Jocelyn ayrıca kişiler arası ilişkilerinde de sorunlar belirtmişti. İlişkilerinde herhangi belirli bir problem tanımlayamamasına karşın, son haftalarda o ve erkek arkadaşı sıklıkla tartışıyorlardı. Terapiste "Sadece ona çok kızdım" şeklinde anlatıyordu. Erkek arkadaşı, onun ilişkiye duygusal yatırımı olmamasından şikâyet ediyordu. Ayrıca Jocelyn reddetse de erkek arkadaşı onu aldatmakla suçluyordu. Bu problemler anlaşılır bir biçimde erkek arkadaşının kendisini Jocelyn'den uzaklaştırmasına sebep oluyordu. Ne yazık ki, onun tepkileri de Jocelyn'i terk edilmiş hissettiriyordu.

Jocelyn, geceleri tek başına kütüphaneye yürümeye korkuyordu. Birisine onunla yürüyüp yürümeyeceğini sormak konusunda da kendini ikna edemiyordu çünkü biri-

*Çeviren: Klinik Psikolog Gizem Sarısoy

si ile güvende hissedip hissetmeyeceğini de bilmiyordu. Kütüphanede çalışamaması, akademik problemlerini de arttırmıştı. Oda arkadaşları Jocelyn'in sataşmalara karşı aşırı derecede hassas olmasından şikâyet etmeye başlamıştı. Onun sıklıkla ve beklenmeyen zamanlarda ağladığını fark etmişlerdi.

Psikolog ilk birkaç terapi seansında, Jocelyn'in terapiye başlamadan hemen önceki hayatı hakkında sorular sormuştu. Semptomların ani bir başlangıcı olduğu için terapist semptomlara sebep olabilecek bir olay olup olmadığını araştırıyordu. Bu ilk birkaç seans boyunca, Jocelyn kendisinden gittikçe daha çok koptuğunu (dissociation) hissetmeye başlamıştı. Aynada bir anlık bakışını yakalıyor ve "Bu ben miyim?" diye düşünüyordu. Kış havasında eldiven giymeden yürüyor ve elleri soğuktan acıyınca rahatlıyordu, çünkü bu, "en azından yaşıyor olduğuna dair bir işaretti".

Jocelyn birkaç seans sonra, terapistine İngiliz edebiyatı dersinin öğretim asistanı tarafından tecavüze uğradığından bahsetti. Tecavüz olayı, terapiye başlamadan 2 ay öncesinde meydana gelmişti. Terapist olayla ilgilenince, Jocelyn şaşırmış ve "Aslında bu olay çoktan hâlledildi. Beni çok da etkilemedi." şeklinde cevap vermişti. Terapist tecavüz gibi ciddi travmaların çok nadir olarak kendiliğinden etkisini yitirdiğini ve özellikle de hızlıca ortadan kalkmadığını açıklamıştı. Jocelyn'in daha önce bu tecavüzü kimseye bildirmediği ortaya çıkınca, terapisti ona şiddetle polise başvurmasını tavsiye etti. Jocelyn, kimsenin inanmayacağı (özellikle de olaydan iki ay sonra) konusundaki görüşünden çapraz sorguyla yüz yüze gelmeye ve daha fazla küçük düşme korkusuna kadar bir dizi sebep belirterek, onu reddetti. Jocelyn'in izni olmadan, terapist tecavüzü rapor edemezdi çünkü Jocelyn'den aldığı bilgi gizlilik ilkesi (bu durumda psikolog ve danışan arasında, özel iletişimi ortaya dökmeme konusunda etik kural) tarafından korunuyordu. Bu etik prensip için bazı nadir istisnalar vardır. Kanunlar, ruh sağlığı uzmanlarının, çocuk istismarı vakalarında gizliliği bozmalarını ve rapor etmelerini gerektirir. Psikologların ayrıca kendilerine ya da başkalarına karşı yakın zamanda tehlike oluşturabilecek danışanları da rapor etmesi gerekir. Bu istisnalar, Jocelyn'in durumuna uymuyordu.

Jocelyn, tecavüz öyküsünü sonraki birkaç seans süresince yavaş yavaş açıklığa kavuşturmuştu. İngilizce ödevini yazarken yardıma ihtiyaç duymuş ve öğretim asistanı, özel ders vermek için onu evine davet etmişti. Jocelyn asistanın birkaç lisansüstü erkek öğrenciyle paylaştığı eve vardığında, asistan çalışıyordu. Jocelyn'i, odasında İngilizce ders kitabına çalışması için yalnız bırakmıştı. Döndüğünde, arkasından ona yaklaşmış ve onu arkadan kavramıştı. Asistan onu yatağa yatmaya zorlamış ve ona tecavüz etmişti. Jocelyn mücadele etmediğini ya da fiziksel olarak savaşmadığını çünkü başına gelen şey ile ilgili çok korktuğunu ve şok olduğunu söylemişti. Sözel olarak, "Hayır!" ve "Bunu bana yapma" diyerek, defalarca karşı çıkmış fakat asistan bu ağırbaşlı itirazı görmezden gelmişti. Sesli bağırmaya korkmuştu çünkü evde sadece diğer erkekler vardı ve onların da yardım edip etmeyeceği konusunda emin değildi.

Asistan tecavüzden sonra, Jocelyn'i yurduna geri götürmüş ve kimseye söylememesi konusunda uyarmıştı. Jocelyn o sırada, kimseye ne olduğunu söylemezse, olayı etkili bir biçimde silebileceğini ve hayatına olumsuz bir etkisi olmasını önleyeceğini

düşündüğünden teklifi kabul etmişti. Yukardaki yurt odasına çıkmış ve tecavüzün etkilerini ovarak çıkarmak için bir saat süren sıcak bir duş almıştı. Bu olayları terapiste anlatırken, Jocelyn sarsılmış ve soluk soluğa kalmıştı. Sürekli "Bana inanıyorsunuz, değil mi?" diyordu.

Tecavüz olduktan sonra birkaç gün boyunca, Jocelyn günlük hayatını etkilememesini sağlayabildiğine inanmıştı. Hakkında ne kadar düşünmemeyi denerse, aklına o kadar çok geliyordu. Her şeyden önce asistanın evine gittiği için kendini aptal ve suçlu hissediyor ve tecavüzü önceden tahmin edemediği için, Jocelyn kendi davranışlarının tecavüze katkıda bulunup bulunmadığını merak ediyordu: Cinsel olarak davetkâr olacak şekilde mi giyinmişti ya da onu ima edecek bir şey mi söylemişti? Tecavüzü ya da onun olumsuz sonuçlarını engelleyebilecek kadar güçlü olmadığı için kendinden utanıyordu.

Jocelyn, tecavüz olayından sonra hayatında tek bir şeyin (İngilizce dersinin tartışma kısımlarına artık katılmıyor oluşunun) değiştiğine inanıyordu. Ne yazık ki kısa süre içinde diğer başka problemler de ortaya çıktı. Abartılmış irkilme tepkileri gittikçe daha fazla problem olmaya başlamıştı çünkü arkadaşları sıradan, arkadaşça jestlerine Jocelyn'in verdiği aşırı tepkilerle şaşkına dönüyordu. Sıkça olan kâbuslar gerçek bir uyku uyumasına engel oluyordu ve akademik olarak çalışmakta zorlanıyordu. Kampüste yürürken görmediği sürece, asistanla bir iletişim kurmamıştı. Gördüğünde de ondan kaçınmak için bir kapıdan içeri dalıyordu. Ayrıca diğer insanlarla ilişkilerinden de çekilmeye başlamıştı, özellikle de erkek arkadaşıyla olan ilişkisinden. Bu geri çekilmeye, erkek arkadaşı onu cinsel olarak zorlayarak karşılık vermişti. Artık sekse karşı hiçbir ilgisi yoktu ve erkek arkadaşının fiziksel girişimlerini sürekli olarak reddediyordu. Tüm bu problemler, sonunda Jocelyn'i hisleri üzerinde kontrolünü kaybediyor olduğuna inandırmıştı ve profesyonel yardım aramaya karar vermişti.

Sosyal Geçmiş

Jocelyn üniversiteden 100 mil uzaklıkta küçük bir orta batı kasabasında büyümüştü. Üç kardeşten en büyüğüydü. Ebeveynlerinin her ikisi de profesyonel mesleklerinde başarılıydı ve toplumla ve çocuklarının okulları ile ilgililerdi. Jocelyn devlet okullarında okumuştu ve çoğunlukla A'lık bir öğrenciydi. Ders programı dışında birçok aktiviteye katılırdı.

Jocelyn'in ailesi, flört ve sokağa çıkmakla ilgili katıydı. Lisedeyken Jocelyn'in büyük partilere gitmeye ya da içmeye ilgisi olmamıştı. Okulun üçüncü ve dördüncü sınıfları boyunca erkek arkadaşı olmuştu. İkisi de 16 yaşındayken çıkmaya başlamışlardı ve bir yıl sonrasında ilişkileri cinsellik de içermeye başlamıştı. Bu ilişki farklı üniversitelere gitmek için memleketlerini terk ettiklerinde bitmişti.

Jocelyn çok riskli olduğunu düşündüğü ya da canının istemediği zamanlarda, lisedeki erkek arkadaşının onu zaman zaman seks yapmaya zorladığını hatırlıyordu. Anlattığı olaylardan biri, terapiste istismar içeriyor gibi görünse de Jocelyn, daha önce cinsel bir saldırının kurbanı olduğunu inkâr ediyordu. Jocelyn on üç

yaşındayken, genellikle kadınlar tarafından çalınmayan bir enstrüman olan trombon çalmak için bir yaz müzik kampına gitmişti. Provadan bir gün sonra, onun bölümündeki erkekler birlik olup, "kızlar trombon çalamaz" diyerek onunla alay etmişlerdi. Erkeklerden biri onunla güreşmeye başlamış ve büyük dövüş sırasında parmağını şortunun içinden vajinasına sokmuştu. Jocelyn ona bağırdığını hatırlıyordu. Oğlan gitmesine izin vermişti ve sonrasında bütün çocuklar kaçmıştı. Tecavüz bağlamında düşünmeden önce, Jocelyn bu olayı saldırgan olarak değerlendirmemişti.

Jocelyn'in üniversiteye uyumu iyi olmuştu; birçok arkadaş edinmişti ve notları da iyiydi. Daha önce hiç psikolojik yardım aramamıştı. Jocelyn tanıdığı birisi tarafından tecavüze uğrayana kadar dünyanın kendi kontrolü altında olduğunu hissediyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Jocelyn kaygı belirtilerine odaklanmaya başladıkça, diğer insanların tecavüze tepkileri başka problemlere sebep oluyordu. Bu zorluklar, tedavinin odağını onun birincil kaygı belirtilerinden uzakta tutuyordu. Psikoterapistine tecavüze uğradığını söyledikten sonra, Jocelyn erkek arkadaşı ve oda arkadaşları dâhil hayatındaki diğer insanlara bunu söylemeye başlamıştı. Oda arkadaşları onun başına gelenler karşısında anlaşılır bir şekilde korkmuşlardı ve onların da başına gelebileceği olasılığından kendilerini uzaklaştırmaya çalışmışlardı. Bunu, Jocelyn'i yalan söylemekle suçlayarak ya da "Ben asla bir asistanın evine gitmezdim." ya da "Sen benden daha çok kişiyle yattın; bunu hissetmiş olmalı." veya "Hırpalanmışa benzemiyordun; yeterince sıkı mücadele etmemiş gibisin." şeklinde, onunla farklı olduklarını vurgulayarak yapmışlardı. Arkadaşlarından anlamlı bir desteğin gelmemesi, Jocelyn'in giderek artan gerilemesini tetiklemişti. Kaygı belirtileri daha açık bir şekilde görülmeye başlamış ve ayrıca depresif hâle gelmişti.

Jocelyn'in tecavüz ile ilgili anlattıklarına, erkek arkadaşının talihsiz ve ben merkezli verdiği tepki, kısa sürede ilişkinin sona ermesine sebep olmuştu. Erkek arkadaşı, ortak arkadaşları ile konuşarak tecavüzün kendisinde yarattığı duygularla baş etmek için yardım aramıştı. Jocelyn, ondan özellikle saldırıyı tanıdığı diğer kişilerle konuşmamasını istemişti. Jocelyn'in hayatının kontrolünü kaybettiği üzerine olan genel hisleri, saldırı ile ilgili dedikodu yayılmasını kontrol altına alamaması ile de alevlenmişti. Sıradan koşullar altında önemsiz olabilecek belirli bir olay, Jocelyn ve erkek arkadaşı arasında bir dizi hararetli tartışmaya sebep olmuştu. Erkek arkadaşı, ona arkadan yaklaşmış ve şakacı bir şekilde kollarını ona dolamıştı. Jocelyn korkuyla zıplayıp çığlık attığında, daha sıkı kavramış, kaçmasını engellemişti. Bu olayla ilgili defalarca tartıştıktan sonra, artık birbirlerini görmemeye karar vermişlerdi.

Jocelyn sonunda, İngilizce profesörü ile görüşmüş ve asistan tarafından cinsel saldırıya uğradığını söylemişti. Profesörün tepkisi, şoktan öfkeye doğru ilerlemişti. Profesör, Jocelyn'e saldırıyı uygun kampüs birimine rapor etmesini önermişti. Ne yazık ki, Jocelyn hâlâ reddediyordu. Saldırganını üniversiteye rapor etmeye ya da hukuken şikâyetçi olmaya hazır değildi; ayrıca herhangi bir sebeple onunla aynı odada olmaya katlanamayacağını hissetmesi de bu kararı almasını etkiliyordu. Profesör,

Jocelyn'i farklı bir asistana atamıştı; böylece ders için tartışmalara gitmeye devam edebilecekti. Ayrıca Jocelyn'e, olayın peşini bırakma konusunda rahat olmadığını söylemişti. Jocelyn'e durumu dekan ve kampüs polisi ile konuşmasının bir sakıncası olup olmadığını sordu. Profesör bu konuşmaların hiçbirinde, Jocelyn'in ismini kullanmayacağına söz verdikten sonra, Jocelyn isteksiz bir şekilde kabul etti.

Bu sırada tedavi, öncelikle Jocelyn'in durumu ile ilgili ciddi düzeydeki öfke ve engellenmişlik hislerini ifade etmesi için ona fırsat vermeye odaklanmıştı. Jocelyn, sıkça durumun adaletsizliği ile ilgili terapiste yakınıyordu. Örneğin, karanlık olduktan sonra tek başına yürüme korkusuyla baş etmek için, onunla yürüyecek birilerini bulmaya çalışıyordu. Bununla birlikte, yabancılardan gelebilecek şiddete karşı onu koruması için bir arkadaş istemesi acı bir şekilde ironik görünüyordu. Zaten ona tecavüz eden, iyi tanıdığı birisiydi.

Jocelyn saldırıyı önlemeyi beceremediği için ciddi miktarda suçluluk hissediyordu. Muhtemelen yeterince sert mücadele etmemişti. Belki farkında olmadan onunla flört etmişti. Onu evine seks için çağırdığını bildiğini mi varsaymıştı? Bu gizli daveti fark etmediği için salak mıydı? Ayrıca, durumunun erkek arkadaşı ve oda arkadaşlarına etkisi ile ilgili de suçlu hissediyordu. Onların korkmasından ve Jocelyn'e küskün olmasından sorumlu muydu?

Bir seansta terapist, İngilizce ders kitabını okurken artık aklına girici imgelerin gelmesinin, saldırgan onu sıkıştırdığında İngilizce ders kitabı okuyor olmasından olabileceğine işaret etti. Jocelyn bu açıklamayı duyunca rahatladı, çünkü gerçekten delirdiğine dair endişeleniyordu. Bununla birlikte, bu farkındalık girici imgelerin sıklığını hemen azaltmadı, engellenmiş ve depresif hissetmeye devam etti.

O zamana kadar Jocelyn'in kâbusları giderek şiddetlendi. Rüyalarının içeriği gittikçe daha açık bir şekilde tecavüz ile ilişkili hâle geldi. Rüya, Jocelyn'in kalabalık bir otoparkta olmasıyla başlıyordu. Sonrasında koyu kıyafetli kim olduğu belli olmayan bir erkek ona yaklaşıyor, ona tecavüz etmek istediğini söylüyor ve ona saldırmaya girişiyordu. Rüyasında saldırıya karşı mücadele etmeye çalıştığını fakat kol ve bacaklarının sanki bir tutkalla yapışmış gibi olduğunu ve çırpınmalarının etkisiz olduğunu hatırlıyordu. Otoparktaki diğer insanlar izleyerek, alkışlayarak ve saldırgana tezahürat yapıyorlardı. Jocelyn uyanıyor ve odanın ortasında, sanki saldırganı bekliyor gibi çömeliyordu. Bu yaşantılar, Jocelyn'i ve oda arkadaşlarını korkutuyordu.

Terapistin tedavi stratejisi, iki ana kısmı olan konu odaklı, bilişsel davranışçı müdahaleye dönmüştü. İlk kısım, travmatik olaya karşı uyumlu olmayan bakış açısını sürdüren bilişsel süreçlerin ele alınmasını içeriyordu. Aktivitelerin kendi kendine gözlemlenmesi, basamaklandırılmış görev ödevleri (ör., tek başına dışarı çıkmak gibi) ve olay ile ilgili uyumlu olmayan düşüncelerin değiştirilmesi (ör., suçluluk ve kendini suçlama) gibi belirli uygulamalar tedaviye dâhil edilmişti (Yadin ve Foa, 2007). Aslında tedavinin bu kısmı, Jocelyn terapiye girer girmez başlamıştı. İlk kısım, sürekli maruz bırakmayı içeren tedavinin ikinci kısmı ile paralel yürütülmüştü.

Sürekli maruz bırakma, olayın anıları ile ilişkili duygusal yoğunluğun yavaşça düşürülmesi amacıyla, kurbanın güvenli bir ortamda asıl travmayı tekrar yaşama-

sını içeriyordu. Bu aşama tiksindirici uyaranın tekrarlı bir şekilde sahnelenmesinin alışmayı (kişinin aynı uyarana tepkisinin tekrarlanan sunumlarla azaldığı süreç olarak tanımlanır) sağlayacağı düşüncesine dayalıydı. Kuşkusuz, Jocelyn olay olduktan sonraki haftalarda tecavüzün kısa süreli ve korkutucu imgelerini deneyimlemişti. Travmatik deneyimin bu şekilde "yeniden deneyimlenmesi" bozukluğun bir belirtisiydi. Bu deneyim çok yoğun bir şekilde korkutucu ve olumsuz duyguların tamamen işlemlenmesine imkân vermeyecek kadar kısa süreli olduğu için büyük ihtimalle kişiyi, durumunda bir iyileşmeye götürmeyecekti. Terapide, Jocelyn'den hayalinde tecavüz sahnesini yeniden yaşaması istenmişti. Bunu, terapiste yüksek sesle şimdiki zaman kipinde anlatmıştı. Terapist, her seansta Jocelyn'in bu döngüyü tekrarlamasına yardım etmişti. Seanslar teybe kaydedilmiş ve Jocelyn'den her gün en az bir kere bu kaydı dinlemesi istenmişti.

Dönem sonu yaklaşırken, Jocelyn çalışmalarına tekrar başlayabilmişti. Bu, önemli bir ilerleme işaretiydi. Başarısızlık sebebiyle okulu bırakmak, tecavüzün kalıcı olarak hayatını etkilediğinin en temel kanıtı olurdu ve Jocelyn, bunun olmasına izin vermemek için mücadele etmişti. İngilizce dâhil, dört dersten üçünü geçerek dönemi bitirmişti. Jocelyn yaz tatili için evine gittiğinden, terapi 16 seans sonra (8 hafta, haftada iki kere) kısmen erken olarak bitirilmişti. Hâlâ zaman zaman kâbuslardan ve diğer belirtilerden şikâyetçi olsa da, psikolog yaz boyunca da terapiye devam etmesi konusunda onu ikna edememişti. Jocelyn yazın bir terapisti görmeyi reddetmiş, çünkü bu durumu ailesine söylemek zorunda kalacağını ve bunun için hazır olmadığını belirtmişti.

Jocelyn bir dönem okula ara verip, takip eden bahar döneminde döndüğünde yapılan bir takip araması, tecavüzü sonunda ailesine söyleyebildiğini ortaya çıkarmıştı. Ailesi, Jocelyn'in beklediğinden daha destekleyici olmuştu. Tedaviye başka bir terapist ile devam etmiş ve belirtileri zaman içerisinde yavaş yavaş azalmıştı. Şimdi sadece nadir durumlarda kâbuslar görüyordu ve bunlar da cinsel olarak saldırgan bir film izlemesi ya da birinin şaka olsun diye fiziksel olarak onu sıkıştırması gibi belirli durumlarda tetikleniyordu. Jocelyn tecavüz konusu üzerine çalışmaktan yorulduğu için üniversitenin danışma merkezinde devam ettiği terapi seanslarına dönmeme kararı almıştı. Çalışmalarına konsantre olma zamanının geldiğine inanıyordu.

On Yıllık Takip

Jocelyn, tecavüzü takip eden yıllarda okulda ve işte iyi bir performans sergilemişti. Üniversiteyi tamamlamış ve sonrasında kütüphanecilik alanında yüksek lisans derecesini almıştı. Memleketindeki küçük bir üniversitede, kütüphaneci olarak çalıştığı işinden keyif alıyordu. Sosyal hayatı daha yavaş düzelme göstermişti. Jocelyn birkaç yıl boyunca, aralıklı olarak travma sonrası stres bozukluğundan (TSSB) arta kalan belirtileri deneyimlemişti. Bununla birlikte, belirtileri yeterli derecede sık ya da şiddetli olmadığı için, TSSB'nin tanı ölçütlerini artık resmen karşılamıyordu. Aşağıdaki içerikte, Jocelyn'in bu süreçteki deneyimleri tanımlanmıştır.

Jocelyn, zaman zaman hâlâ cinsel şiddet içeren bir film ya da TV şovu izlediğinde kâbuslardan muzdaripti. Kâbusa sebep olması için tecavüz sahnelerinin açıkça verilmesine ve net olmasına gerek yoktu. Aslında, tecavüzün sahnede açıktan gösterilmesi yerine ima edilmesi de Jocelyn için aynı derecede rahatsız edici oluyordu. Cinsel şiddet içeren film ya da TV programlarından kaçınmaya çalışıyordu. Bu karar, tecavüz travması ile ilişkili uyaranlardan kaçınma (TSSB'nin bir belirtisi) olarak yorumlanabilir. Kaçınması, ayrıca eğlence sektörünün bu tür sahneler yayınlayarak kâr etmesini desteklememek adına da bilinçli bir kararın ürünüydü.

Devam eden hafif TSSB belirtilerinin diğer örnekleri, aşırı tetikte olma ve artmış irkilme tepkisiydi. Jocelyn kendi güvenliğine tehdit oluşturabilecek durumlara karşı aşırı tetikteydi. Örneğin, ofisinde erkek bir iş arkadaşı ile konuşurken sıklıkla kapıya ne kadar yakın olduğuyla ve eğer gerekirse yardıma ne kadar uzak olduğuyla ilgileniyordu. Şüphesiz, hepimiz kendimizi dikkatli ve tetikte olarak koruyoruz. Fakat Jocelyn, hiçbir tehdit yokken kendisini potansiyel tehditlerle ilgili fazlaca endişelenirken buluyordu. Bu aşırı tetikte olma hâli zaman zaman Jocelyn'in profesyonel kariyerini de etkiliyordu. İş arkadaşlarına, özellikle de erkek olanlara karşı gereksiz derecede şüpheci ve soğuk olarak görülebiliyordu. Ayrıca irkilme tepkisi, üniversiteden beri ciddi oranda azalmış olmasına karşın, Jocelyn eğer birisi ona arkadan dokunursa biraz ürkmeye devam ediyordu.

Tecavüz travmasının kalan etkileri, Jocelyn'in oldukça değişken hâle gelen sinirlerini kontrol etmekle mücadele etme biçiminde de görülebiliyordu. Provoke edildiğinde, öznel tepkisinin yoğunluğu durum ile orantılı olmuyordu. Birçok kişinin sinirini bozacak ya da canını sıkacak olaylar (bir patronun kaba davranması gibi) onun çok öfkelenmesine sebep oluyordu. Öfke yoğunluğunun sıklıkla uygunsuz olduğunu bildiği için, neredeyse her zaman öfkesini bastırıyordu. Jocelyn duygularına göre hareket etse neler olabileceğinden korkuyordu. Öfkesini bastırması, diğer insanlarla görüşme ve tartışmalara girme becerisine de engel oluyordu. Bir tartışmaya dâhil olmuşsa da Jocelyn, "öfke patlamasından" kaçınmak için aynı kararda olmadığı bir noktayı kabul ediyordu. Fikirlerini söylemekte, gereksiz biçimde çekingen hâle gelmişti.

Tecavüzün arta kalan etkilerinden Jocelyn'in erkeklerle ilişkileri de etkilenmişti. Yirmili yaşların başlarında (tecavüzün hemen ardından) Jocelyn bir süre erkeklerle yakın ilişkiden tamamen kaçınmıştı. Bu zamanı "bekârlık" yılları olarak tanımlıyordu. Jocelyn kendisi hakkındaki fikirlerini, tecavüz ile ilgili kalan suçluluk duygularını ve erkeklerle ilgili duygularını düzenleyebilmek için erkeklerle yakınlaşmaktan kaçınmıştı. Bu süre içerisinde birkaç genç erkek, onu çekici bulmuştu fakat, Jocelyn (muhtemelen onlarla ilgilenmediği için) teklifleri reddetmişti. Erkeklerle çıkmak artık ilgisini çekmediği için Jocelyn'in ailesi ve arkadaşları tecavüz yaşantısının onu "bir lezbiyen yapmasından" korkuyorlardı. Jocelyn, muhtemelen ailesinin endişelerine tepki olarak, sadece kadınların olduğu bir şiir klübüne ve her cinsel yönelimden kadınların yer aldığı bir müzik grubuna katılmıştı. Bu topluluğu sıcak ve destekleyici bulmuştu. Birkaç yakın kadın arkadaş edinmişti, fakat hiçbirine karşı cinsel bir çekim hissetmemişti. Bu, Jocelyn'in yeni arkadaşlıklar kurduğu ve fırsat buldukça önceki sosyal destek ağını yeniden kurmaya çalıştığı zor bir zamandı.

Jocelyn sonunda tekrar çıkmaya başladığında, duygusal yakınlık kurmasına izin vermeyecek ilişkiler seçiyor gibi görünüyordu. Onun için uygun olmayacak (ör., 1500 km uzaklıkta yaşayan ya da zaten evli olan birileri gibi) erkeklerin peşinden koşuyordu. İlişkileri kısa ve hatta eğlenceliydi fakat anlamlı, uzun süreli bir ilişkiyle sonuçlanmıyordu. Zaman zaman Jocelyn, birisi ile anlamlı duygusal bir ilişkiyi hayal bile edemiyordu. Herhangi bir cinsel aktivite öncesinde, net bir izin alınması onun için son derece önemliydi. Bu sebeple, cinsel ilişkileri genellikle "ya hep ya hiç" olma eğilimindeydi ya çıktığı erkekle birlikte oluyor ya da hiçbir fiziksel yakınlık paylaşmıyordu. Jocelyn sonrasında, ilişkilerini bu şekilde yürüttüğü için izin kararının mümkün olduğunca belirsizlikten uzak ve duygusuz olduğunu fark etmişti.

Devam eden bu tür sıkıntılar, Jocelyn'in yerel bir psikolog ile terapiye dönmeye karar vermesine sebep olmuştu. Daha yeni bir erkek arkadaşla tanışmıştı ve en başından beri bu ilişkide özel bir şeyler olduğunu seziyordu. Jocelyn bu alanlarda ilerleme kaydedebilirse, yeni erkek arkadaşı ile (en nihayetinde eşi olmuş kişiyle) daha iyi bir ilişki kurabileceği umuduyla yakınlık, güven ve cinsellik içeren konular üzerine çalışmak istiyordu.

Bu terapi süresince, Jocelyn erkek arkadaşına çok yakın hissettiğini fakat ona güvenmeyi öğrenmek konusunda ciddi olarak zorlandığını kabul etmişti. Erkek arkadaşı onu sevdiğini söylediğinde ona inanmakta zorlanıyordu. Ayrıca cinsel ilişkilerinde de bazı sorunlar yaşıyorlardı. Dokunmanın birçok türü, eğer dokunma yeterince nazik değilse, Jocelyn için üzücü oluyordu. Eğer partneri fiziksel yakınlık sırasında yanlışlıkla Jocelyn'in stres olmasına sebep olacak bir şey yaparsa, Jocelyn "Tamam işte bu. Şimdiye kadar iyiydi fakat şimdi bana zarar verecek." şeklinde düşünüyordu. Bu mantıklı olmayan düşünceler sebebiyle, Jocelyn sıklıkla erkek arkadaşıyla cinsel ilişkiyi aniden kesiyordu. Erkek arkadaşı, bu tepkileri kafa karıştırıcı buluyor ve ilişkileri geriliyordu.

Jocelyn'in terapisti, bu problemleri ele almak için bilişsel terapiyi kullanmıştı. Amacı, Jocelyn'in uyumsuz duygu ve davranışlarından sorumlu olan düşüncesindeki sistematik önyargıları ortadan kaldırmaktı. Jocelyn'in bozulmuş düşünce örüntüsüne ve yanlı çıkarımlarına "test edilebilir hipotezler" olarak bakıyordu. Terapi seanslarını bu hipotezleri belirlemek, test etmek ve sorgulamak için bir fırsat olarak kullanıyordu. Birkaç strateji kullanılmıştı. Çarpıtılmış düşünceler ya "felaketleştirilmekten çıkarılmış" (korkulan sonuçla başa çıkmak için "ya ...ise" stratejisi geliştirme), "yeniden atfedilmiş" (olayın alternatif sebeplerini düşünme) ya da "yeniden tanımlanmıştı" (probleme bakış açısını değiştirmek ve böylelikle de kişinin problem üzerinde daha çok kontrol hissetmesi). Örneğin, Jocelyn'in erkek arkadaşı ile fiziksel yakınlık sırasında acı verici bir uyarana tepkisi "yeniden atfetme" yöntemi ile sorgulanmıştı. (Sizin rahatsızlığınızın sebebi, onun size zarar verme arzusu dışında bir şeyin sonucu olabilir mi?). Erkeklerle normal sözel tartışmalar sırasında korkması "felaketleştirilmekten çıkarılmıştı" (Olabilecek en kötü şey nedir?).

Terapi ayrıca öfke yönetimi eğitiminin bazı unsurlarını da içeriyordu (Novaco ve Taylor, 2006). Bu sürecin ilk aşamasında, Jocelyn kendi öfkesini ve bunu tetikleyen durumları gözlemlemeyi öğrendi. Potansiyel olarak, provokatif olan durum-

larda tetiklenmesini düzenlemeyi öğrenmesine yardımcı olacak uygulamalı gevşeme kullanıldı. Kaygı ve korkusunu ele almak için kullanılan aynı bilişsel yeniden yapılandırma uygulamaları, bazen uygunsuz öfkeye sebep olan çarpıtılmış düşünce ve yanlış yorumlamaları değiştirmek için kullanıldı. Son olarak terapist, Jocelyn'e daha önceleri geri çekilmesine ya da gerçek duygularını bastırmasına sebep olan durumlarda kendisini ifade edebilmesini sağlayacak girişken iletişim becerilerinin provasını yapmasına yardım etti.

Bilişsel terapi ve öfke yönetimi eğitimi, Jocelyn'in erkek arkadaşı ve iş yerindeki insanlar dâhil başkalarıyla iletişim becerilerini geliştirmesine yardım etti. Duygudurumu daha sabitti ve kendisi ile ilgili daha iyi hissediyordu. Ayrıca erkek arkadaşı ile daha derin, daha anlamlı bir ilişki geliştirmişti. Terapi tamamlandıktan kısa bir süre sonra evlenmişlerdi.

Jocelyn'in TSSB belirtilerinin, tecavüzden sonra yıllarca sürmüş olması cesaret kırıcı görünebilir. Buna karşın, hafif ilişki problemlerinden başka, tecavüzün uzun süreli etkileri tahrip edici değildir. Jocelyn okulu tamamlayabilmiş, başarılı bir kariyer edinmiş, aile ve arkadaşları ile tekrar yakınlık kurmuş ve (biraz terapinin ek yardımı ile) sevecen bir partner ile yakın ve kalıcı bir ilişki kurabilmişti. İlişkileri çok kaotik olduğu için zaman zaman 20'li yaşların kaybına kederleniyordu fakat bunun yanında gelecek için önemli planları ve umutları da vardı.

Tartışma

Tecavüz, üniversite kampüslerinde ve toplumun diğer alanlarında korku verecek derecede sık meydana gelen bir problemdir (Elliott, Mok ve Brierei 2004). Örneğin, Kinsey raporlarından sonra (Laumann, Gagnon, Michael ve Michaels, 1994) Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel davranışı inceleyen ilk büyük ölçekli çalışma olan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Anketi'ni düşünün. Bu 18 ve 59 yaşları arasında olan ulusal rastgele kadın örnekleminin yüzde 22'si, bir erkek tarafından cinsel anlamda istemedikleri bir şey yapmaya zorlandığını belirtmiştir. Bu zorlayıcı cinsel davranışların sadece yüzde 4'ü, bir yabancı tarafından sergilenmiştir.

Ne yazık ki, çoğu tecavüz hiç rapor edilmemektedir. Üniversite kampüslerinde, tecavüzlerin yüzde 5'inden azı polise bildirilmektedir (Cole, 2006). Jocelyn gibi tecavüze ilk tepkileri korku, çaresizlik, kaçınma ve duygusal kopmayı içeren kişiler, özellikle yasal otoritelerle iletişim kurmakta isteksiz olabilmektedir.

Jocelyn'in tecavüzünü duyanlar, bunu rapor etmeli miydi? Terapistinin şikâyetçi olması, açık bir biçimde gizlilik prensibi tarafından önlenmişti. Eğer terapisti, Jocelyn'in itirazına karşın olayı rapor etmiş olsaydı, güveni ihlal etmiş ve terapötik ilişkiye ciddi biçimde zarar vermiş olacaktı. Diğer yandan, İngilizce profesörü bu profesyonel zorunluluğa sıkıca bağlı değildi. Bu durumlar altında üniversite üyelerinin davranışını yönlendiren prensipler bir üniversiteden diğerine değişmektedir ve önemli bir tartışmanın konusudur. Bazıları bu, Jocelyn'in istediğinin aksi yönde hareket etmek anlamına gelse bile, profesörünün tecavüzcüyü polise ya da kampüs yönetimine bildirmesi gerektiğini savunacaktır. Bir diğer

savunma diğer öğrencileri korumak olacaktır. Diğer kişiler de Jocelyn'in tecavüzü rapor etmeme kararına saygı duyulmasının, onun daha çaresiz ve kontrol dışı hissetmesine engel olacağına inanabilirler. Bilgisi dışında suçlamalar rapor edilseydi, daha fazla tehlikeye maruz kalır mıydı? Tecavüzcü intikam almayı deneseydi ve Jocelyn, onun otoritelerle karşı karşıya geldiğini bilmeseydi ne olurdu? Jocelyn'in doğrudan ifadesi olmadan ona karşı ne yapılabilirdi ve yargı sürecinde onun hakları nasıl korunurdu? Tüm bunlar zor sorulardır. İnsanları, bu konularda yerel polis memurlarından ve özellikle tecavüz konusu ile ilgilenen kurumlardan tavsiye almaları konusunda cesaretlendiririz. Birçok kanun potansiyel şiddet kurbanlarını uyarmak için terapistlerin gizlilik ilkesini kırmasını gerektirse de, tecavüz kurbanlarının tecavüzün acı yüzü ile yeniden karşı karşıya kalması ve bu çirkin suçun rapor edilmesi ihtiyacı ile baş etmek için yeni düzenlemeler yapılabilir.

Tecavüzün sıkça ortaya çıkan sonuçlarından birisi, TSSB'dir. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda* (APA,2013) TSSB Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar genel başlığı altında yer almaktadır. TSSB için tanı ölçütü kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da cinsel saldırıya maruz kalmasını içeren travmatik bir olaya maruz kalmış olmasını gerektirir. Bu tür bir olaya maruz kalmanın ardından, kişinin TSSB tanısı alması için yeniden deneyimleme, kaçınma, olumsuz düşünceler ve duygudurumu, uyarılma şeklindeki dört alanın her birinden belirti göstermesi gerekmektedir. Takip eden paragraflarda, bu kümelerin her birinin özelliklerinin üzerinden geçeceğiz.

TSSB'nin temel ögelerinden biri, belirtilerin başlangıcını tetikleyen olayla ilgili uyaranın yinelenmesi ya da yeniden deneyimlenmesidir. Jocelyn ilk olarak, bozukluğun bu yönünü ne zaman İngilizce ders kitabını açsa aklına gelen girici, şiddet içeren imgeler formunda deneyimliyordu. Tekrarlayan kâbusları da olayın yeniden yaşantılanması ile ilişkili diğer belirtiydi. Bu imaj ya da rüyalardan birisi ne zaman ortaya çıksa, Jocelyn son derece korkuyor ve olabildiğince çabuk dikkatini dağıtmaya (kaçma) çalışıyordu. Travmanın bu şekilde yeniden deneyimlenmesi, bilişsel-davranışçı tedavide kullanılan uygulamalardan ayırt edilmelidir. Sondaki, kişinin yoğun duygusal tepkisinin aşamalı olarak azalmasına imkân sağlamak amacıyla, güvenli ve destekleyici bir ortamda sürekli maruz bırakmayı sağlamak için tasarlanmıştır.

Travma ile ilişkili uyaranlardan kaçınma TSSB belirtilerinin diğer bir kümesini içerir. Jocelyn'in kaçınması, arkadaşlarından uzak durmasında, tecavüzü bildirmeye karşı kararı ve muhtemelen yıllarca terapiye dönmek konusundaki isteksizliğinde kendini gösteriyordu. TSSB'den muzdarip olan hastalar tipik olarak travmatik olayla ilişkili olabilecek stres verici anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınırlar. Ayrıca olayı hatırlatabilecek kişilerden, mekânlardan ve şeylerden de kaçınırlar.

TSSB'yi tanımlayan belirtiler kümesinden üçüncüsü, travmatik olayla başlayan ya da sonrasında kötüleşen bilişlerde değişiklik ve olumsuz duygudurumdur. Bu belirtiler olayın bazı önemli kısımlarını hatırlayamamayı ve bununla birlikte başkalarından kopma ve başkalarına yabancılaşma hislerini de içerebilir. Jocelyn'in erkek arkadaşı ve diğer arkadaşları ile problemleri bu bakımdan konu ile ilişkilidir. Aynaya baktığında "Bu ben miyim?" şeklindeki soruları gibi, kopma hisleri TSSB'nin bu

yönü ile tutarlıdır. Suçluluk, öfke, utanç, mutluluk ve sevme hislerini deneyimleyememe gibi olumsuz duygudurum hâlleri de bu belirti alanı içerisine girer.

Jocelyn'in tetikte olma hâlinin artması, TSSB tanısı ile ilişkili belirtilerden dördüncü küme ile tutarlıdır. Normalden fazla irkilme tepkisi, kişiler arası ilişkilerde huzursuzluk, çalışmakta zorluk ve uyku bozuklukları gibi belirtilerin tamamı bozuklukla ilişkili artan tetikte olmanın işaretleridir. Belirtilerinin ilk ortaya çıktığı zamandan beri geçen zaman süresi ve bu belirtilerin uyum sağlamasına olan net etkisi Jocelyn'in formel TSSB tanı ölçütlerini (belirtilerin en az bir ay sürmesini gerektirir) karşıladığına işaret ediyordu.

TSSB'nin temel belirtileri, bazı açılardan, kaygı bozukluklarının belirtileri ile oldukça benzerdir. Bunlar tekrarlayan, girici imgeleri, kaçınmayı, aşırı tetikte olmayı ve irkilme tepkisini içerir. Bu bileşenlerde, TSSB obsesif-kompulsif bozukluğa, fobik bozukluğa ve yaygın kaygı bozukluğuna benzer. Fakat TSSB ayrıca disosiyasyon bozukluğu ile de amnezi, füg ve çoklu kişilik gibi birçok belirti paylaşmaktadır. Bunlar geçmişi gösteren sahne (flashbacks), hafıza bozulmaları ve vücut disosiyasyonunu içerir (Friedman, 2009; Zohar, Juven- Wetzler, Myers ve Fostick, 2008). TSSB'nin artık kaygı bozuklukları kategorisinde yer almayıp, *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda* ayrı bir başlıkta listelenmesinin sebebi budur.

Bozukluk travmatik bir olaydan sonra geliştiği için, epidemiyolojik çalışmalardan TSSB'nin gerçek yaygınlığını tahmin etmek zordur (Keane, Marshall ve Taff, 2006). Bu olaylar tecavüz durumunda olduğu gibi kişisel olabilir, tek bir zamanda bir kişiyi etkileyebilir veya bir kasırgada olduğu gibi, aynı anda geniş kitleleri etkileyen olaylar da olabilir. Genel popülasyondaki kaç kişi TSSB'yi tetikleyebeilecek travmatik olaylara maruz kalmaktadır? Ulusal Eş Tanı Çalışması (UEÇ), erkeklerin yüzde 61'i ve kadınların yüzde 51'inin hayatları boyunca, en azından bu türden bir tane travmatik olay belirttiğini bulmuştur (Kessler ve ark., 1999). Bu insanların birçoğu birden çok travmatik olaya maruz kalmıştır. En sık rapor edilen travmatik olaylar, birisinin kötü bir şekilde yaralandığına ya da öldürüldüğüne şahit olma, bir doğal felaket yaşama, ölümcül tehlikesi olan bir kazada bulunma ve bir saldırı veya soygun kurbanı olmadır. Bu ürkütücü rakamlar, travmatik olayların toplumda ne yazık ki oldukça yaygın olduğuna işaret etmektedir.

TSSB'nin genel popülasyondaki tüm oranı, kadınlar için (yüzde 10) erkeklerden (yüzde 5) daha yüksektir (Kilpatrick ve Acierno, 2003). Bu örüntü, erkeklerin travmatik olaylara maruz kalmasının daha olası olduğu bilgisi ışığında şaşırtıcıdır. Bu, nasıl açıklanabilir? UEÇ araştırmacıları erkeklere kıyasla kadınların, psikolojik olarak daha yıkıcı travmatik olaylara maruz kalma olasılığının daha yüksek olabileceğini belirtmiştir. Tecavüz buna bir örnektir. Kadınların tecavüze uğrama olasılığı erkeklere göre çok daha fazladır ve herhangi bir travmatik olaya kıyasla TSSB oranı (kadın ve erkek kurbanlar için) tecavüzden sonra çok daha yüksektir. Tecavüzün bu yıkıcı etkiden sorumlu ayırt edici özellikleri nelerdir? Diğer birçok travmatik teca-

vüz kişiler arası özel bir alanla ilişkili doğrudan ve kasıtlı bir şekilde zarar vermeyi içerir (Calhoun ve Wilson, 2000).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Tüm travma kurbanları TSSB geliştirmez. Travmatik bir olaydan sonra bir kurbanın TSSB geliştirip geliştirmeyeceğini ne belirler? TSSB geliştiren suç kurbanları ile geliştirmeyenler arasında ırk, iş durumu, eğitim ve gelir gibi demografik özellikler bakımından sistematik bir farklılık görünmemektedir. Bazı kanıtlar suç öncesinde depresyon ile suç ile ilişkili stres düzeyi (ör., hayatı tehdit edici bir saldırı, gerçek bir yaralanma veya tamamlanmış bir tecavüz) ve TSSB geliştirme olasılığı arasında ilişki belirtmektedir. Eğer kurban saldırıdan önce depresif ise ve kurbana özellikle şiddetli bir türde saldırılmışsa, kurbanın suç sonrasında düşük stresli suç kurbanlarına kıyasla TSSB geliştirme olasılığı daha yüksektir (Bonanno, Galea, Bucciarelli ve Vlahov, 2007; Ozer ve Weiss, 2004).

Bir tecavüz kurbanının TSSB geliştirip geliştirmeyeceğini bilişsel faktörler de etkileyebilir. Açıktan saldırgan olmayan durumlarda bile algılanan bir hayat tehdidi olabilir. Aslında, kişinin TSSB geliştirip geliştirmeyeceğine dair en iyi belirleyici, gerçek hayat tehdidinin değil, algılanan hayat tehdidinin şiddeti olabilir (Başoğlu ve Paker, 1995). Kişinin gelecekteki olayları kontrol edip edemeyeceğine dair inançları da önemlidir. Gelecekteki olumsuz olayların kontrol edilemez olduğunu algılayan (muhtemelen gerekçelerle) kurbanların, bir miktar gelecek kontrolü algılayan kurbanlara göre şiddetli TSSB belirtileri göstermesi daha olasıdır (Başoğlu ve Mineka, 1992). Tecavüze uğramış birçok kadının tekrar tecavüze uğramaya dair bir beklentisi olduğu bilgisi ışığında bu gösterge özellikle önem kazanmaktadır.

Travmatik olayın ardından devam eden problemler ayrıca duygusal hislerden kaçınma ve travmatik olayla ilgili ruminasyon ile artar. Tecavüzden sonra, öfke duygularını bastıran kurbanlarda TSSB geliştirme riskinde artış olabilir (Foa ve Riggs, 1995). Yoğun öfke, travmatik anının değiştirilmesini (önceden hissedilen güvenlik duyguları ile tutarlı hâle getirmek amacıyla) engelleyebilir. Öfke ayrıca korku duygusunu engelleyebilir ve kurban korku tepkisine alışamaz. Jocelyn'in öfke yaşantısı ile devam eden problemleri, onun kâbuslar ve aşırı uyarılma gibi diğer TSSB belirtilerinin uzamasına yardımcı olmuş olabilir.

Kişinin sosyal destek düzeyi gibi koruyucu etkenler TSSB gelişmesini ya da tecavüzün diğer psikolojik sonuçlarını önleyebilir ya da kısıtlayabilir (Andrew, Brewin ve Rose, 2003; Keane, Fisher, Krinsley ve Niles, 1994). Ne yazık ki, sadece bir sosyal destek ağına sahip olmak yeterli değildir. Kurbanın kendini geri çekme ve ortamlardan kaçınma eğilimi, bozukluğun doğasında vardır. Bu kaçınma, sosyal destek ulaşılabilir olsa bile, bundan faydalanmamaları anlamına gelebilir. Jocelyn'in durumunda, arkadaşlarının tepkileri daha başka problemlere sebep olmuştur ve onu daha az kontrol sahibi ve diğer insanlardan yabancılaşmış hissettirmiştir. Bu tür problemler

neden bazı çalışmaların sosyal desteğin koruyucu bir faktör olarak hizmet etmediğini açıklamaya yardımcı olabilir.

Toplumun cinsel saldırı mağdurlarına karşı takındığı tavırlar da sosyal destek bağlamında önemli olabilir (Ullman ve Filipas, 2001). Görünen o ki, bazı insanlar belli kadınların bir şekilde tecavüzü hak ettiğine inanmaktadır. Şüphesiz, bu kadınlar diğer kurbanlara kıyasla daha az sosyal destek almaktadır. İnsanlar ayrıca saldırı etrafındaki koşulların daha muğlak olduğu (kadının karşı çıkmasının fiziksel değil sözel olduğu) olaylara kıyasla açık bir şekilde kişinin rızasının olmadığı—kurbanın bir yabancı tarafından saldırıya uğradığında saldırganla bir şekilde mücadele ettiği saldırılar—saldırıların detaylarını duyduktan sonra daha destekleyici olabilmektedir. Özellikle de tanıdıklar tarafından uğranan tecavüz ile ilgili mitler, bu suçların kurbanlarının aldığı sosyal destek miktarını düşürebilir.

Jocelyn'in durumu ayrıca tecavüz travmasının diğer bir sık rastlanan sonucunu da aydınlatmaktadır. Birçok kurban cinsel fonksiyon bozukluğu geliştirmektedir. Bu sorunlar cinsel aktivite için motivasyon düşüklüğünü, uyarılma zorluklarını ve orgazm olmamayı içerir (Gillock, Zayfert, Hegel ve Ferguon, 2005). Başlangıçlarına şüphesiz kaygı, depresyon ve suçluluk gibi tecavüze verilen duygusal tepkilerin karmaşık bir etkileşimi aracılık etmektedir. Jocelyn'in tecavüzü yaşadığı dönemdeki erkek arkadaşı ile olduğu gibi, cinsel partnerlerle yaşanan kişiler arası problemler ve destek azlığı da cinsel alandaki sorunları alevlendirebilir. Cinsel zorluklar, bazı cinsel travma kurbanlarının tedavi planlarında göz önünde tutulması gereken önemli bir etmen olabilir.

Tedavi

TSSB için en etkili tedavi biçimi ya bilişsel-davranışçı terapi ya da antidepresan ilaçların bir arada ya da yalnız kullanımını içerir (Foa, Keane, Friedman ve Cohen, 2009; Forbes ve ark., 2010). En kapsamlı olarak kullanılmış ve test edilmiş olan psikolojik müdahale sürekli maruz bırakmadır. Bu prosedür bilgi toplamanın ilk seansı ile başlar. Bunları danışanın hayalinde tecavüz sahnesini hafifletme amacı olan birkaç seans izler. Tecavüzün etkisini hafifletmek için danışanlardan 60 dakikalık seans süresince sahneyi, mümkün olduğu kadar çok kere, hayal etmeleri ve terapiste anlatmaları istenir. Seansların ses kaydı alınır ve hastalardan kaydı günde en az bir kere dinlemeleri istenir. Hastaların ayrıca terapi dışında güvenli varsayılan ancak aynı zamanda korku ve kaçınma tepkileri ortaya çıkaran durumlara da katılması gerekir. Tedavinin bu türünün uyarlanmış bir biçimi Jocelyn'in terapisinde kullanılmıştır.

Bilişsel terapi TSSB tedavisinde etkili diğer bir psikolojik yaklaşımdır. Kendi başına ya da sürekli maruz bırakma ile birlikte kullanılabilir. Gerçek tehditten çok algılanan tehdit, TSSB belirtilerinin birçoğunun daha iyi bir yordayıcısıdır. Bilişsel terapi, kişinin çevresindeki olayları uyumlu olmayan biçimde algılama biçimini ele alabilir. Ayrıca suçluluk gibi olumsuz duygulara sebep olan gerçek dışı varsayımları ve inanışları değiştirmek için de kullanılabilir. Örneğin terapist, Jocelyn'in durumunda, saldırı ve sonuçları ile ilgili (tecavüz için kendini suçlamak) suçluluk hislerini

azaltmak amacıyla bilişsel-terapi yöntemlerini kullanmış olabilir. Bilişsel terapi ve sürekli maruz bırakmanın ikisi de TSSB belirtilerini azaltmak üzerinde yaklaşık olarak eşit olarak etkilidir (Bradley, Greene, Russ, Dutra ve Westen, 2005).

TSSB tedavisinde çeşitli türlerden antidepresan ilaçlar da etkili bir tedavi türüdür (Osterman, Erdos, Oldham ve Ivkovic, 2011). Dikkatle yürütülmüş sonuç çalışmaları, sertralin (Zoloft) ve paroksetin (Paxil) gibi, seçici seratonin geri alım engelleyicilerin TSSB belirtilerinde birçok hasta için 6 haftalık süre içerisinde azalma sağladığını göstermiştir. Gerçek uygulamada, bilişsel-davranışçı terapi sıklıkla ilaç kullanımı ile birlikte olur.

Son Yorumlar

Travmatik olay deneyimleyen kişiyi tanımlamak için *kurtulan* yerine, *kurban* kelimesini kullandık. Bu seçim, öncelikle kurban terimi TSSB bilimsel literatüründe kullanıldığı için yapılmıştır. Ayrıca, bununla birlikte birçok tecavüz kurbanının, çevrelerindeki olaylar üzerinde kontrol hislerini arttırmak amacıyla kendilerini kurtulan olarak düşünmeyi tercih etmesine dikkat çekmek istedik. Daha çok bilgi ve kaynak, Robin Warshaw'un *I Never Called it Rape (Ona Hiç Tecavüz Demedim)* (1994) kitabında bulunabilir. Onun tanımlamaları bu durumdan daha az tekniktir ve ek destek kaynağı sağlayabilir.

Tartışma Soruları

1. Jocelyn'in tecavüzü bildirmekle ilgili isteksizliğini çevreleyen konuları tartışın. Terapist, hastasının izni olmadan durumu polise bildirmeli midir? İngilizce profesörünün, bu durumu ele alabileceği daha iyi bir yol var mıydı?
2. Jocelyn'in arkadaşları onun problemine nasıl tepki verdi? Duruma yardımcı mı oldular, yoksa daha mı kötüleştirdiler? Ona daha çok yardımcı olabilmek için yapabilecekleri bir şey var mıydı?
3. Bir saldırıya, kötü bir kazaya ya da diğer bir tür travmatik olaya (başkasının başına gelen) şahitlik etmiş birisinin TSSB geliştirebileceğini düşünüyor musunuz? Yoksa TSSB, sadece doğrudan travma kurbanı olmuş kişilerin mi başına gelir? Bu tür bir soruyu bilimsel olarak cevaplamak için ne tür bir kanıta ihtiyaç vardır?
4. TSSB için en iyi sınıflandırmanın, "Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" adlı ayrı bir başlık altında yapılabileceğini mi düşünüyorsunuz? Yoksa kaygı bozukluğunun (fobiler ve panik bozukluk arasında) bir türü olarak daha geniş bir şekilde mi sınıflandırılmalı mıydı? Ya da bunlar, disosiyatif bozukluklar başlığının altında mı sınıflandırılmalıdır?

BÖLÜM 11*

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu

İnsan cinselliği dersindeki hocası, bir psikolog ile görüşmesi için Paula'ya öneride bulundu. Birçok etmen, hocanın bu endişesine katkı sağlamıştı: İyi bir öğrenci olmasına karşın içinde bulunduğu duruma göre dersteki davranışları tuhaftı. Sınıfa zaman zaman, sanki uyuşturucu etkisi altındaymış gibi geldiği görülmüştü. Tartışmalara aktif şekilde katıldığı, ancak okumalara veya önceki dersin materyallerine aşina olmadığı görülmüştü. İlk iki sınavdan aldığı sonuçlar benzer olsa da, üçüncü sınava girmemişti. Hocası nerede olduğunu sorduğunda, tüm samimiyeti ile nerede olduğunu hatırlayamadığını ifade etmişti. Son olarak, 5 yaşında başlayan ve evlenip ilk çocuğu olana kadar olan süreçte, babasının kendisini tacize zorladığı ensest bir ilişkiyi belli belirsiz, ancak inandırıcı olacak bir şekilde kompozisyon ödevinde anlatmıştı. Tüm bu veriler Profesörü, Paula'nın yardıma ihtiyacı olduğuna inandırdı. Neyse ki Paula da, hocası ile benzer bir düşüncedeydi; zira kendisini de rahatsız eden birkaç husus söz konusuydu. Öğrenci sağlık merkezindeki klinik psikolog Dr. Harpin ile görüşmek için bir randevu ayarladı.

Paula Stewart 38 yaşında, boşanmış, 18 yaşında bir oğlu ve 15 yaşında bir kızı olan bir anneydi. Son beş yıldır, üniversite bünyesinde dersler almakta ve kampüsteki çeşitli sekreterlik pozisyonlarında yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı. Paula, kızıyla beraber üniversiteden yaklaşık 30 km uzakta olan küçük bir kırsal çevrede–doğduğu kasabada yaşıyordu. Oğlu, liseyi yarıda bıraktıktan sonra evden ayrılmıştı. Annesi ve babası, hâlâ Paula'nın evinin bulunduğu caddenin hemen aşağısında yer alan bir evde yaşamaktaydı.

Dr. Harpin, Paula'nın davranışlarının sıklıkla değişken olduğunu bir dizi seans boyunca fark etti. Duygudurumu sık sık değişiyordu, öfke ve alınganlık hâlinden yoğun depresyona çok hızlı şekilde geçişler yapıyordu. Depresif olduğunda hareketleri ajite oluyordu ve ayrıca, uyku problemi yaşadığından bahsediyordu. Sık sık intihar tehdidini dillendirdi ve çeşitli ortamlarda kendine zarar vermek için girişimlerde bulunduğunu söyledi. Bu duygusal zorluklara ek olarak, sık sık şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi ve nefes alma problemlerinden yakındı.

*Çeviren: Klinik Psikolog Kerim Selvi

Ayrıca, detayları net olmasa da alkol kullanımının olduğu anlaşıldı. Bu durum, Paula'nın deneyimlediği sıkıntının ve önemli ölçüdeki kafa karışıklığının kaynağıydı. Boş bira kutularını ve viski şişelerini arabasının arka koltuğunda bulmuştu; ancak herhangi bir alkollü içecek tükettiğini hatırlamıyordu. Her iki üç haftada bir, akşamdan kalma durumuna benzer bir şekilde, sabahları korkunç baş ağrısı ile uyanıyordu. Dr. Harpin, Paula'nın bu kafa karışıklığı hâlinin ve diğer hafıza problemlerinin alkol kullanımı ile açıklanabileceğine inanıyordu.

Paula'nın diğer insanlar ile olan ilişkileri öngörülemez ilişkilerdi. Küçük bir provakasyon karşısında patlayabilir ve problemlerinin ne kadar ciddi olduğunu kimsenin anlamadığını sıklıkla belirtirdi. Zaman zaman, diğer insanları özellikle de yakın çevresinde yaşayan Cal adlı yaşlı erkeği öldürmek için tehdit ederdi. Cal ile olan ilişkisi hem Cal hem de kendisi için muammaydı. Ergenliğinden bu yana Cal ile birbirlerini tanıyorlardı. Cal, Paula'dan 15 yaş büyüktü. 20 yıldır başka bir kadın ile evli olmasına karşın, Paula'ya sürekli romantik ilgi gösteriyordu. Cal, Paula'nın kedisini telefonla aradığını belirterek sık sık Paula'nın yanına geliyordu. Bu durum, çoğu zaman Paula'yı çok öfkelendiriyordu. Cal ile hiç ilgilenmediğini ve bu tür davranışları asla teşvik etmediğini sürekli belirtiyordu. Ancak arda kalan zamanlarda ise, kendisini anlayan ve kendisi ile ilgilen tek kişinin Cal olduğu konusunda ısrar ediyordu.

Babası hayatta olmasına karşın, onunla hiç zaman geçirmiyordu. Hatta babası, Paula hiç ortada yokmuş gibi davranıyordu. Kendisini yıllarca zorladığı ensest ilişkinin ayrıntılarını hatırlayıp babası ile tartışabilirdi, ancak hafızası yarım yamalaktı ve babası ile tartışmayı tercih etmiyordu.

Tedavinin ilk yılı süresince hafıza problemleri gittikçe şiddetlendi. Aldığı notlar, genellikle dersi dinlemeyi bir anda yarıda bırakmış gibi yarımdı. Bazı zamanlarda, günün büyük bir bölümünü hatırlayamamaktan şikâyetçiydi. Örneğin bir keresinde, öğleden sonra baş ağrısı ile eve geldiğini ve bir sonraki sabah uyanana kadarki geçen süreye ilişkin hiçbir şey hatırlamadığını Dr. Harpin'e anlatmıştı. Bir seferinde ise en son yaptığı şeyin öğle yemeği yemek olduğunu hatırlarken, kendini saatlerce araba kullanırken bulmuştu. Kızı, anneannesi ile telefonda çok yüksek sesle yaptığı tartışmayı sormuştu; ancak Paula, annesi ile telefonda konuştuğunu bile hatırlayamamıştı. Açıklama getirilemeyen bu deneyimler, Paula'yı aşırı derecede öfkelendiriyordu; ancak terapisti, tüm bu deneyimlere, alkolün neden olduğuna inanmaya devam ediyordu.

Bir gün Dr. Harpin, sekreterinden Sherry adında bir kadının kendisini aradığını belirten bir mesaj aldı. Kadın kendini Paula'nın bir arkadaşı olarak tanıtmış ve bu vakaya ilişkin görüşmek istediğini belirtmişti. Dr. Harpin bu talebi hemen reddetmeden önce, bu arkadaş hakkında daha fazla şey öğrenmek için Paula'ya danışma ve Paula'nın bu konuda rızasının olup olmadığını öğrenme kararı verdi. Paula, Sherry adında birini tanımadığını belirttiği için Dr. Harpin de bu kadına telefon ile geri dönüş yapmadı. Bu durum Dr. Harpin'nin garibine gitmişti; her nasılsa biri, onun Paula'nın terapisti olduğunu biliyordu.

Bu aramadan iki hafta sonra Dr. Harpin, Paula'nın belleğindeki boşlukları araştırmak için hipnoz kullanmaya karar verdi. Önceki süreçte uygulamalı gevşeme yöntemine yardımcı olması için hipnozu kullanmışlardı ve Paula'nın kolayca hipnotize

olduğu açıktı. Ne yazık ki, bu yöntem hafıza problemlerinde yardımcı olmamıştı. Paula, unuttuğu anlara ilişkin hiçbir şey hatırlayamıyordu.

Trans durumuna girmeden önce Paula şiddetli baş ağrısından yakınmıştı. Transtan çıktıktan sonra odada kaybolmuş gibi, şaşkınlıkla çevresini inceledi. Dr. Harpin'nin kafası karıştı. "Nerede olduğunu biliyor musun?" diye sordu. Bilmediğini söyledi; bunun üzerine Dr. Harpin, kendisinin kim olduğunu sordu. Hızlı bir cevap vermek yerine, odada etrafına bakındı. Duvarda asılı olan profesyonel terapistlik lisansını fark etti, terapistin ismini okudu ve sonunda cevapladı: "Evet. Sen Dr. Harpin'sin. Paula ile çalışan kişisin." Paula'nın üçüncü kişinin ağzından bir söyleme geçmesi, Dr. Harpin'in tuhaf hissetmesine neden olmuş ve Paula'nın ruh hâline ilişkin merakını daha da artırmıştı.

"Nasıl hissediyorsun?"

"İyi."

"Hâlâ baş ağrın var mı?"

"Hayır. Benim baş ağrım yok."

"Benim" kelimesini vurgulayış tarzı olağan dışıydı; bunun üzerine Dr. Harpin "Sanki başka birisinin baş ağrısı varmış gibi söyledin." dedi. Paula'nın cevabı karşısında tamamen hazırlıksızdı:

"Evet. Paula'nın baş ağrısı var."

Kafası karışmış olan ve aynı zamanda bu şaşırtıcı değişimden büyülenen Dr. Harpin, kafasından geçenleri toparlamak için bir an duraksayarak kimlik sorununu sürdürmeye karar verdi.

"Eğer senin baş ağrın yok, Paula'nın var ise, senin adın ne?"

"Bunu neden sana söyleyeyim? Sana güvenebileceğimi düşünmüyorum."

"Neden güvenmeyesin ki? Benimle konuşmak istemiyor musun?"

"Neden isteyeyim ki? Geçen hafta seni aradığımda benimle konuşmadın!"

Dr. Harpin, Paula hakkında görüşmek isteyen Sherry'den gelen aramayı hatırladı. Kadına tekrardan adının ne olduğunu sordu ve kadın "Sherry" cevabını verdi. Birkaç dakika konuştuktan sonra Dr. Harpin "Artık Paula ile konuşmak istiyorum." dedi.

"Ah, o çok sıkıcı."

"Fark etmez. O benim danışanım ve ben onunla konuşup nasıl hissettiğini anlamak istiyorum."

"Benimle tekrar konuşacak mısın?"

"Evet."

"Sana neden inanmalıyım. Benimle önceki süreçte konuşmadın."

"Artık senin kim olduğunu biliyorum. Lütfen Paula ile konuşmama izin ver."

O noktada, gözlerini kapattı ve bir süre sessizce bekledi. Gözlerini açtığında, Paula geri dönmüştü ve baş ağrısı gitmişti ancak son yarım saat hakkında hiçbir şey hatırlayamıyordu. Dr. Harpin afalladı ve kuşkulandı. Literatürdeki Disosiyatif Kimlik Bozukluğuna (DKB) ve birkaç iyi bilenen vakaya ilişkin bilgisi olsa da, Paula'nın söylediklerine inanamadı.

Paula, sonraki görüşme için geldiğinde, olanlar hakkında hâlâ hiçbir şey hatırlayamıyordu ve bu inanılmaz olayı, daha önce de yaşamış gibi görünüyordu. Dr. Harpin, yıllar önce gerçekleşmiş travmatik olay hakkında Paula ile konuşmak için girişimde bulunmaya karar verdi. 15 yaşında olduğu dönemdeki belirli bir günden sık sık bahsetmişti. Detaylarını hatırlayamıyordu, ancak kendisi için önemli bir sıkıntı kaynağı olduğu ve babasının da bu olayda yer aldığı aşikârdı.

Dr. Harpin, Paula'dan o güne ilişkin neler hatırladığını anlatmasını istedi: O dönemde nerede yaşıyorlardı, yılın hangi dönemiydi, evde kim vardı vb. Paula, elinden geldiğince detayları yavaş yavaş doldurdu. Babası onu kavramış, yüzüne vurmuş ve yatak odasına doğru sürüklemişti. Kendini ne kadar zorlasa da daha fazlasını hatırlayamadı. Paula, başının ağrımaya başladığını söyledi. Dr. Harpin, sandalyede geriye doğru uzanmasını ve yavaşça nefes almasını önerdi. Paula, bir an için durdu ve gözlerini kapadı. Birkaç dakika içinde gözlerini açtı ve şöyle dedi: "O hatırlayamıyor. Orada değildi. Ben oradaydım.", Sherry geri gelmişti.

Paula'nın görüntüsü aniden değişti. Çok fazla gerilmişti, sandalyenin kollarını tutuyor ve dik bir şekilde oturuyordu. Aynı zamanda rahatsız edici kuru bir öksürüğü vardı. Sonrasında sandalyede rahatladı, kollarını bağladı ve bacak bacak üstüne attı. Öksürüğü tamamen gitmişti. Sherry, Paula'nın babası ile yaşadığı olayı neden hatırlamadığını açıkladı. Sherry'nin belirttiğine göre, Paula yatak odasına sürüklendiğinde, "Paula, oradan kaçmayı kararlaştırmış" ve Sherry'yi, acı çektiği ve sonrasında tecavüze uğradığı bu aşağılayıcı ortamda terk etmişti. Dr. Harpin bu durumu, Paula'nın disosiyatif epizod geçirdiği şeklinde yorumladı. Bu olay o kadar travmatikti ki, yaşadığı bu olayı ve bu olayın hatırasını bilincinin geri kalan kısmından tamamen ayırmıştı.

Tecavüzü detaylıca ele aldıktan sonra Dr. Harpin, Sherry hakkında olabildiğince çok şey öğrenmeye karar verdi. Sherry, otuzlu yaşlarda olduğunu belirtip, bir soy isminin olmadığını savunarak kabataslak bilgi verdi. Paula'ya karşı tutumu aşağılayıcıydı. Öfkeliydi çünkü Paula, Sherry'yi sıklıkla acı verici cinsel ilişkiler sırasında terk etmişti. Paula'nın, ergenliğinden başlayarak o güne kadar olan çok sayıdaki ilişkisini ele aldılar; ancak bunlardan hiçbiri, Paula'nın babası ile yaşadığı olaya kadar uzanmadı. Görünüşe bakılırsa o dönemden bu yana Sherry, Paula'nın yaptığı her şeyden haberdardı. Diğer yandan Paula, Sherry'nin varlığından tamamen habersizdi.

Görüşmenin sonuna doğru Dr. Harpin, arabada bulunan bira şişelerinden Sherry'nin mi, yoksa Paula'nın mı sorumlu olduğunu sordu. Sherry "Ha, biz yaptık." cevabını verdi. Çoğul zamir ile kafası karışan Dr. Harpin, kimi kastettiğini açıklamasını istedi; hasta ise "Ha, Janet ve ben." cevabını verdi.

"Janet kim?"

"Onunla konuşmak istemezsin. Her zaman öfkelidir. Ergenlerin nasıl olduğunu bilirsiniz."

Bu noktada Dr. Harpin, Sherry'nin Paula'ya göre kimlikler arasında daha kolay geçiş yaptığını anladı ve bu sebeple, bu geçişleri denemesi yönünde onu cesaretlendirdi. Sherry kabul etti, sonraki süreçte Paula'nın görünümünde diğer önemli bir değişiklik oluştu. Sandalyesinde huzursuzlandı, saçlarını çekti ve ayaklarını sürekli sallamaya başladı. Konuşmaya karşı isteksizdi ancak, flörtöz bir tavırla isteksiz bir şekilde konuşmayı kabul etti. 15 yaşında olduğunu iddia etti.

Birkaç seans sonra Sherry, Dr. Harpin'den bir şey istedi. Kendisi ve Janet'in, muhtemelen sadece 5 yaşında olan ve son dönemlerde çok fazla ağlayan Caroline için son derece endişeli olduklarını ifade etti. Sherry ve Janet, Dr. Harpin'den Caroline ile konuşmasını istedi. Dr. Harpin denemeyi kabul etti. Sherry gözlerini kapadı, duruşu ve tavırları zahmetsizce küçük bir kızınkine dönüştü. Bacaklarını sandalyenin üzerine çekti ve vücudun altında topladı. Sanki, başparmağını emiyormuş gibi elini yumruk yaparak ağzına yakın tutarken sandalyede sağa döndü ve çekingen bir şekilde gözünün ucuyla Dr. Harpin'ne baktı. Oldukça korkmuş görünüyordu.

Dr. Harpin başladı, "Benimle konuşacak mısın Caroline?"

Uzun bir duraklamadan sonra Caroline cevapladı, "Senin adın ne? Seni tanımıyorum." Sesi daha önce olduğundan daha yüksek ancak daha ince geliyordu.

"Ben Dr. Harpin."

"Annemi ve babamı tanıyor musun?"

"Hayır. Ama ben Sherry'nin arkadaşıyım. Seninle konuşmamı istedi. Sherry'yi tanıyor musun?"

"Evet. Bana göz kulak oluyor. Benimle ilgileniyor."

"Janet'i tanıyor musun?"

"O, iri yarı. O, oldukça eğlenceli."

"Onu çok iyi tanıyor musun?"

"Pek sayılmaz. Kolayca öfkeden çıldırabiliyor."

"Sherry, bana senin üzgün hissettiğini söyledi. Bunun nedeni ne?"

"Ben kötü bir kızım."

"Neden kötü bir kız olduğunu düşünüyorsun?"

"Annem, benim kötü biri olduğumu söyledi. Bu yüzden, beni cezalandırmak zorunda."

"Senin kötü bir kız olduğunu düşünmüyorum."

"Evet, kötü biriyim. Eğer kötü biri değilsem beni neden cezalandırıyorlar ki?

"Seni ne için cezalandırıyorlar?"

"Bilmiyorum. Onlar sadece cezalandırıyor. Beni incitiyorlar. Bir keresinde pelüş köpeğimi alınca ağabeyimi çimdiklemiştim."

Şu ana kadar 4 isim vardı: Paula, Sherry, Janet ve Caroline. Klinik resim etkileyici olduğu kadar inanılmazdı da. Dr. Harpin, hastası kadar kendisinin de yardıma ihtiyacı olduğunu hissetti. 15 yıllık klinik deneyiminde herhangi bir şekilde Paula'ya benzeyen bir vaka görmemişti. Bu durum, yayımlanan birkaç DKB vakasına oldukça uyuyordu ancak, bu tür vakaların kurgu dışında olabileceğine hiçbir zaman gerçekten inanmıştı. Bu tür durumları, terapistin hayal gücünün bir ürünü ya da danışanın manipülatif bir stratejisi olarak değerlendiriyordu. Bu bir dizi karmaşık problemin tedavisi için meslektaşlarından tavsiyeler istedi. Paula ile olan görüşmelerinde ise günlük krizlerini ele almaya devam etti.

Dr. Harpin, Paula'ya DKB'yi (önceki dönemlerde çoklu kimlik bozukluğu olarak adlandırılan durum) konu alan, bilindik kitaplardan herhangi birini okuyup okumadığını ya da yine bu durumu konu alan popüler filmlerden herhangi birini izleyip izlemediğini sordu. Paula bunları okumamış ve izlememişti. Paula'nın sırf dikkat çekmek veya problemlerinin ne kadar ciddi olduğu konusunda diğerlerini ikna etmek için, kimlikler arası geçişi uydurmuş olması olası görünmemekteydi; zira Paula, bu olgunun diğer örneklerine aşina değildi. Dr. Harpin, yaşadığı problemi anlamasına yardımcı olmak için kimlikler arası geçişleri konusunda farkındalığı olmayan Paula'dan, ünlü bir filmin de esinlendiği *Eve'in Üç Yüzü* (*The Three Faces of Eve)* adlı kitabı okumasını istedi. Paula, bu isteği ilgi ve güvensizlikle karşıladı. Kendi durumu ile ilgili ne yapması gerekiyordu? Hâlâ Sherry, Janet veya Caroline gibi konuştuğu anları hiçbir şekilde hatırlayamıyordu. Ancak ileriki dönemde Sherry'nin bu kitabı Dr. Harpin ile ele aldığı zamanlar oldu ve Janet de bu kitabı okuyordu.

Paula'nın sorununu anlamasına yardımcı olması için Dr. Harpin ayrıca video kayıtları kullandı. Paula'dan izin alarak birbirini takip eden üç seans boyunca Paula'nın davranışlarını kaydetti. Paula bu görüşmeler sırasında, birçok kez çeşitli kimlikler arasında geçiş yaptı. Dr. Harpin sonrasında, Paula'dan bu kayıtları izlemesini ve kendi davranışlarına karşı tepkilerini değerlendirmesini istedi. Paula yeniden şaşkın, ilgili ve kafası karışmış vaziyette idi ve davranışlarına dair herhangi bir farkındalık emaresi göstermiyordu. Sık sık "Bunu ben mi söyledim?" veya "Ben kimim? Ben neyim?" diye soruyordu.

Olağan dışı bir dizi farklı durum, Heather adında başka bir kişiliğin belirmesine neden oldu. Paula, babasına ait olan dolu bir silahın evinde bulunması sonucunda sayısız yakınmada bulundu. Silah kullanım izni yoktu ve silahların görüntüsü keyfini kaçırıyordu; bu nedenle silahı babasının evine götürdü. Birkaç gün sonra, silahı yine kendi evinde buldu. Ebeveynleri ve kızı silah hakkında hiçbir şey bilmediklerini belirtti. Dr. Harpin, diğer kimliklerin yaptığı şeyler hakkında Paula'nın farkındalığının olmadığını kabul ederek, silahla ilgili durumu Sherry ve Janet ile konuştu. İkisi de herhangi bir bilgisi olmadığını belirtti. En sonunda Sherry, bir başka kişinin olabileceğini öne sürdü.

Diğer seansın başında Dr. Harpin, daha fazla kimlik tespit edip edemeyeceğini görmek için hipnoz kullanmaya karar verdi. Paula transtayken, Dr. Harpin şimdiye kadar konuşmadığı ve söylediklerimi duyabilen başka biri var mı diye sordu. Heather'ın ortaya çıktığı an, o an oldu. Tahminen 23 yaşındaydı. Silahı Paula'nın evine getiren ve Cal'ı telefon ile arayan kişi oydu. Cal'a aşık olduğunu Dr. Harpin'e söyledi. Eğer onunla evlenemezse, kendini öldürmek istediğini söyledi. Bu, Sherry'nin farkında olmadığı kim-

likler arası ilk geçişti. Heather'ın varlığı, Paula'nın davranışlarındaki birçok önemli çelişkiyi ve belleğindeki boşlukları açıklıyordu.

Heather'ın Cal'a karşı olan sevgisi Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun diğer önemli bir özelliğini örnekliyordu. Paula, Sherry ve diğer kimlikler arasında zevkler, tercihler, tavırlar ve yetenekler açısından önemli ve zaman zaman aşırı derecede farklılıklar söz konusuydu. Heather, Cal'ı sevmişti (Onsuz yaşayamazdı) ama diğerleri ondan nefret ediyordu. Hatta Paula'nın kaydedilmiş davranışlarına verdiği tepkilerden en dikkat çekicisi, Heather ile gerçekleştirilen konuşmaya yönelikti. Paula, bu kişinin kendisi olmadığını iddia etti. "Ben kesinlikle bu tarz şeyler söylemem!" dedi. Paula'nın ebeveynlerine karşı olan tutumu da diğer kimliklerin tutumları ile uyuşmazlık gösteriyordu. Bu uyuşmazlık, davranışlarındaki ve diğer kimliklerle olan ilişkilerindeki düzensiz geçişleri kesinlikle açıklıyordu. Sherry, Paula'nın çocuklarını sevmiyordu ve onlara karşı olan davranışları anlayışsızdı. Çocuklara sık sık sözler veriyor ancak, sonrasında sözlerini tutma konusunda başarısız oluyordu.

Sosyal Geçmiş

Paula, küçük bir kırsal bölgede büyümüştü. Kendisinden büyük bir erkek kardeşi vardı. Annesi, ailenin kontrolünü sağlayan dominant ve açık sözlü bir kadındı. Her iki ebeveyn de katı disiplinli kişilerdi. Annesinin ebeveynleri de yanlarında yaşıyordu. Dedesi, Paula'nın çocukluğunda sempati duyduğu tek yetişkin figürdü. Üzüldüğünde onu teselli edebilen, ağlamasını durdurabilen tek kişi dedesiydi (Babasının yapmaya zorladığı şeyleri dedesine anlatma cesaretini hiçbir zaman göstermemesine karşın).

Babası pek arkadaşı olmayan utangaç, içe dönük ve sevgi göstermeyen biriydi. Hayatının ilk yıllarında, babası kendisini tamamen görmezden gelmişti. Sonrasında, 5 yaşındayken fiziksel olarak sevgi göstermeye başladı. Paula'ya kabaca sarılıp, öpüyordu. Etrafta kimsenin olmadığı zamanlarda ise Paula'nın cinsel organını okşuyordu. Paula nasıl tepki vereceğini bilmiyordu. Babasının dokunuşları keyifli ya da eğlenceli değildi ancak, babasının ortaya koyduğu sevgiyi nasıl olursa olsun kabul ediyordu.

15 yaşındayken bu cinsel karşılaşmalar şiddetlenmeye başladı. Düşkünlük ve sevgi bahanesi açık bir şekilde sona ermişti; babası Paula'yı incitmek istiyordu. Paula ve Dr. Harpin'nin defalarca ele aldığı bir olayda, babası Paula'yı saçlarından sürükleyerek kendi yatak odasına getirmiş ve onu yatağa bağlamıştı. Defalarca tokatladıktan sonra ise cinsel ilişkiye zorlamıştı. Bu ensest ve fiziksel istismar 20 yaşına kadar devam etmişti.

Annesi ise sıklıkla Paula'nın ellerini kaynar suya sokarak veya karanlık bir dolapta saatlerce kilitleyerek ceza veren katı disiplinli bir kadındı. Bayan Stewart, eşinin Paula'ya cinsel istismarda bulunduğunu fark etmemişti—ya da bu durumla ilgileniyor gibi görünmemişti—. Eğer bilseydi, bunu engellemekten korkabilirdi. Bay Stewart, kızını taciz ettiği gibi eşini de taciz ediyor olabilirdi ancak Paula, annesi ve babası arasında herhangi bir şiddet olayına tanık olduğunu hatırlamıyordu.

Belki de bu tacizci aile ortamından kurtulma çabasının etkisi ile Paula, erken yaşta farklı erkeklerle ilişki yaşamaya başladı. Öğretmenlerin ve komşuların dâhil olduğu bu erkeklerin çoğu kendisinden yaşça büyüktü. En uzun ilişkisi küçük bir inşaat işinin sahibi olan Cal'leydi. Görüşmeye başladıklarında Paula 16, Cal ise 31 yaşındaydı. Cal, Paula'nın cinselliğinden yararlanıyor olsa da, Paula için babasından daha sempatikti. Paula'yı dinliyor ve onunla ilgileniyor gibi görünüyordu. Birçok fırsatta Cal, Paula ile evleneceğine söz vermişti. Paula için o, patolojik aile ortamından çıkış yolu sunan bir "kurtarıcı" idi. Ne yazık ki sözünü tutmadı. Farklı bir kadın ile evlendi. Ancak Paula'nın kendisine karşı olan sevgisini ve yaşadıkları cinsel ilişkiyi sürdürmeye devam etti. Paula, hissettiği güçlü öfke ve yaşadığı ihanete karşın bu ilişkide kalmaya devam etti.

Lise döneminde yaşadığı birkaç olay, muhtemelen Paula'nın yetişkinlikte karşılaştığı hafıza problemlerinin ve disosiyatif yaşantıların öncülleriydi. Yıllar sonra keşfedilmiş olsa da, kimlikler arası geçişin ergenlik döneminde ortaya çıktığı düşünülmekteydi. O dönemlerde etrafındakiler bazı zamanlarda, Paula'nın yaptığı şeylerden bahsediyordu ancak, Paula bahsedilen şeyleri yaptığını hatırlayamıyordu. Bunlardan çoğu rastgele cinsel ilişkiyi içeren davranışlardı. Özellikle lise 2. sınıfta iken okulda yayılan bir dedikodu Paula'yı allak bullak etmişti. Birkaç farklı kız Paula'yı bir arabada 3 erkek ile gördüklerini iddia etmişlerdi. Şehir dışındaki bir piknik alanında park etmişlerdi ve Paula muhtemelen bu üç erkekle cinsel ilişkiye girmişti. Paula hiçbir şey hatırlayamıyordu ama o gece nerede olduğunu da bilmiyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Kimlikler arasındaki geçiş durumu (alter kimlik) ortaya çıkmadan önce, Dr. Harpin'nin tanıya dair ilk izlenimi, Paula'nın *DSM-5'te* (APA, 2013) yer alan hem distimi (majör depresif bozukluk kriterlerine karşılamak için yeterince şiddetli olmayan uzun süreli depresyon biçimi) hem de sınırda kişilik bozukluğu kriterlerine uyduğu yönündeydi. Tedavinin ilk yılı boyunca, Dr. Harpin'in soruna karşı birincil yaklaşımı, sık sık ortaya çıkan belirli krizlerin ele alınmasına yönelikti. Bu krizler kısa süreli intihar tehditlerini, annesi ve kızı ile yaptığı kavgalarını, Cal ile ilişkisinde –veya bir ilişkisinin olmaması—yaşadığı kafa karışıklığını ve öfkesini, okul çalışmalarında veya derslerde profesörler ile yaşadığı zorlukları ve patronları ile yaşadığı çeşitli olayları içeriyordu. Bu tür kriz durumlarının baskı oluşturmadığı zamanlarda ise Paula, genellikle babasının kendisini taciz ettiği olaylar hakkında konuşmak istiyordu. Paula'nın odağı bu tacizlere ilişkin hissettiği öfke ve suçluluktu. Herhangi bir şekilde babasının cinsel yakınlaşmalarını teşvik edip etmediğini merak ediyordu.

Alter kimliklerin ortaya çıkmasının ardından Dr. Harpin'nin birincil hipotezi, Paula'nın terapistten ve aile bireylerinden kazanç elde etmek için bir dizi belirgin semptomu taklit ederek hastalık numarası yaptığı (malingering) yönündeydi. Bu açıklama birçok nedenden dolayı cazipti; bu nedenlerden biri de Dr. Harpin'nin, DKB gibi bir olgunun varlığına dair şüpheci yaklaşımıydı. Ancak Dr. Harpin son-

rasında bu düşüncesini terk etti. Terk etmesine neden olan sebeplerden biri, bu bozukluğu taklit etmek için gerekli olan bilginin açık bir şekilde ortada olmayışıydı. Paula bu bozukluğu betimleyen herhangi bir kitap okumamış veya herhangi bir film izlememişti. Bu nedenle böyle bir problemin bu kadar detaylı ve inandırıcı bir şekilde ortaya çıkarılması veya taklit edilmesi olası değildi. Diğer bir neden ise net bir güdünün olmayışıydı. Örneğin, ciddi bir zihinsel hastalığın varlığı sonucunda kaçınabileceği herhangi bir adli suçlama ile karşı karşıya değildi. Ne de bu durumun başlaması ile kişisel veya ailesel sorumluluklardan kaçınabilmişti çünkü okuluna, işine devam etmiş ve alter kimlikler ortaya çıktığında da kızı ile ilgilenmişti. Tek ihtimal, Dr. Harpin'nin dikkatini daha fazla çekmek olabilirdi. Ancak bu ihtimalin bu sorunu açıklaması çok da mümkün görünmüyordu çünkü Dr. Harpin, zaten Paula'nın intihar söylemlerine gerektiğinden fazla zaman ve enerji harcıyor, problemlerine dair endişelerini birçok kez Paula ile paylaşıyordu.

En sonunda Paula'nın stresli yaşantılar sonucunda, bilincinde ortaya çıkan gerçek bir bozukluğu deneyimlediği netleşmişti. Son derece tehdit edici veya hoş olmayan durumlar ile karşı karşıya geldiğinde, Paula sıklıkla disosiye olmaktaydı—söz konusu duruma karşı tüm farkındalığını kapatmaktaydı (veya bastırmaktaydı). Bu bilişsel örüntünün izleri, ergenlik döneminde babası tarafından gerçekleştirilen cinsel tacize kadar açıkça takip edilebiliyordu. Kendi tabiriyle, bu tacizler başladığında Paula, bulunduğu durumu "terk ediyor" ve Sherry, babası ile karşı karşıya bırakılıyordu. Bu yılların karmaşık doğası ve cinsel tacizin yoğunlaştığı dönemler düşünüldüğünde, birçok alter kişiliğin neden 15 ile 23 yaş arasında göründüğü açıklanabilmekteydi. Bilinçteki parçalanma durumunun kapsamı zamanla daha da şiddetlenmiş ve Paula'nın değişimler üzerindeki farkındalık örüntüsü gitgide tükenmişti.

Bu disosiyatif epizodların çözümlenmesinde kullanılan yaklaşım, özellikle Paula'nın bilincindeki bölünmeye neden olduğu düşünülen önceki travmatik yaşantıların hatırlanmasını ve incelenmesini içermekteydi. Belki de bu epizodlardan en dikkat çekicisi, babasının da içinde olduğu tecavüz sahnesiydi. Sherry, bu bölünmenin az çok o döneme dayandığını belirtmişti. Bu sahne ayrıca, Sherry'nin tekrar tekrar anlattığı bir hadiseydi. DKB'ye ilişkin önceki bilgiler, bu tür anıların bastırılmasının ortadan kaldırılması durumunda hastanın bilincindeki bozulmanın iyileşeceği yönündeydi. Bu yaklaşım, ne yazık ki Paula örneğinde işe yarıyor gibi görünmedi. Paula ve Dr. Harpin, bu olayı saatlerce konuştular—hem Paula'nın hem de Sherry'nin bakış açısından—ancak, işlerin sadece daha kötüye gittiği görüldü.

Farklı bir yaklaşım gerekliydi. Tedavinin sonraki birkaç ayında Dr. Harpin'nin kafasında iki ana hedef vardı: Paula'nın bilincinde gerçekleşen parçalanmaların önüne geçmeye çalışmak ve farklı bilinçlerin ortaya çıkardığı bilgileri bütünleştirebilmek için ona yardım etmek. Diğer bir deyişle, Dr. Harpin farklı kimliklerin varlığını desteklemeden ve bu farklılıkları belirginleştirmeden, sorunun doğasını ve yaşadığı olaylara ilişkin hafıza kaybı ile ilişkili olan davranış örüntüsünü fark

etmesi konusunda Paula'ya yardım etti. Bu yöntem, *Three Faces of Eve* adlı kitabı okutup, üzerine konuşmak ve davranışlarını kayda alıp Paula'ya izlettirmek ile kısmen mümkün oldu. Dr. Harpin'nin beklentisi, video kayıtlarının, Paula'nın hafızasını canlandırması ve bilincinin alt ayrımları arasındaki bilgi alışverişini engelleyen bariyerleri yok etmeye başlaması yönündeydi.

On Yıllık Takip

Paula, Dr. Harpin ile olan tedavisine bir kaç yıl devam etti. Bu süre zarfında birbirleri ile güçlü bir terapötik ilişki kurdular. Paula, Dr. Harpin'e güvendi ve sonunda problemine ilişkin tanıyı kabul etti. Tedavi, stresli olaylar karşısında disosiyatif olmayan yeni baş etme mekanizmaların öğrenilmesi ve kullanılması yönünde Paula'nın desteklenmesini kapsayan kişiler arası problem-çözme yaklaşımı ile devam etti.

Yaşlı iş adamı Cal ile olan ilişkisi, bu tedavi yaklaşımın etkisini örnekledi. Anlaşmazlıkları, düzensiz ilişkileri yıllarca önemli bir endişe ve öfke kaynağı oluşturmuştu. Başlangıçta, Paula'yı kötü aile ortamından kurtaracak gibi görünmüş olsa da, başka bir kadın ile evlenerek ona ihanet etmişti. Birçok insan bu tür acı verici hayal kırıklıkları yaşamaktadır; ancak bu insanların çoğu güçlü, karmaşık hislerini çözümleyecek bir yol bulmakta ve farklı bir ilişkiye yelken açmaktadır. Ne yazık ki, Paula 20 yıldan fazla süredir, Cal ile karşılaşmalarına disosiyatif tepkiler ile karşılık vermekteydi. Romantizmi, alter kişiliği, Heather ile sürdürmüştü. Paula ve Heather arasında gidip gelerek, dönüşümlü olarak önce Cal'ı ve sonrasında ise kendisini öldürmeye yönelik tehditlerde bulunmuştu. Bu konuya dair Dr. Harpin ile gerçekleştirdiği uzun görüşmeler sonrasında, Cal'ın disosiyatif epizodlarını devamlı tetikleyen uyarıcılar ortaya çıkardığını en sonunda fark edebilmişti. Cal ile yüzleşti ve ilişkisini sonlandırdı. Bu başarısının hemen ardından Heather'ın varlığı ortadan kalktı. Görünüşe göre bu söz konusu alter kimlik, asıl kimlik olan Paula ile entegre oluyordu.

Çocukları ile olan ilişkisi, yıllarca süregelen diğer önemli bir stres kaynağıydı. Çocukları ve ebeveynlik rolüne ilişkin kendi annesi ile yaptığı tartışmalar, disosiyatif tepkiler için uyarıcı unsurlar olabilirdi. Şu anda genç yetişkin olan oğlu ve kızı birçok haklı sebepten dolayı öfkeli kalmışlardı. Büyürken sıklıkla ve tutarsızca evde yalnız başlarına bırakılmışlardı. Paula'nın verdiği sözleri tutmadığı çeşitli durumlarda, çocukları acı hayal kırıklıkları yaşamıştı. Bu hislerin ele alınmasına yönelik önceki girişimler büyük ölçüde sonuçsuz kalmıştı; zira Paula, bu ilişkilerdeki sorunların büyük ölçüde disosiyatif bozukluğa dayandığını fark etmemişti. Tutarsız ve zaman zaman da zarar verici bir hâl alan kendi ebeveyn davranışlarının sorumluluğunu alması gerekirdi. Çocuklarının da onun hastalığını anlaması gerekirdi. Bu konuların ele alınması ve Paula ile kızı (oğlu bu sürece dâhil edilemeyecek uzaklıktaki bir yerde yaşıyordu) arasında bire bir görüşmeler yapılması için birçok seans ayrıldı. Bu ailesel durumlar birçok yönden büyük ölçüde iyileşme gösterdi.

Tedavinin ilerlemesiyle Dr. Harpin, alter kimlikler ile direkt konuşmaktan mümkün olduğunca kaçındı. Örneğin, bazı zamanlarda Sherry tarafından aranıp, büyük oranda Paula'nın yaptığı uygunsuz davranışları haber veren telefon görüşmeleri ile karşı karşıya geldi. Dr. Harpin, arayan kişinin alter kimliklerden biri olduğunu fark ettiğinde hemen Paula ile konuşmak istediğini belirtiyordu. Ayrıca, seanslarda bu alter kimliklerin ortaya çıkmasının önüne geçmeye çalışıyordu. Birkaç aylık süre zarfında, diğer alter kimliklerin görünmesi durumu ortadan kalkmıştı ve bu kimlikler, artık Paula'nın davranışlarını etkilemiyordu. Bu kimlikler hakkında soru sorulduğunda, Paula ve Sherry (diğer alter kimlikler hakkında en fazla farkındalığı olanlar) şöyle cevap veriyordu: "O artık buralarda değil."

Tartışma

DKB'nin karmaşık ve kafa karıştırıcı doğası, bu rahatsızlığın adı etrafında dönen tartışmalar ile örneklenmektedir. Bu hastalık, eskiden çoğul kişilik bozukluğu olarak bilinmekteydi çünkü bu sendromun tanımlamaları, alter kimliklerin tanısal önemine vurgu yapmaktaydı. Bu sorunun halk içinde sansasyona eğilimli bir konu olması ve hastada görülen alter kimliklerin sayılmasına odaklanılması, bu yaklaşımın talihsiz bir sonucuydu. Alter kimliklerin sayısına ilişkin tahminler bazı klinisyenlerin yüzlerce kişiliği olan hastaları gördüklerini savunmaları ile absürt sayılara ulaşabiliyordu. Disosiyatif bozukluk komitesi, *DSM-IV* (APA, 1994) için farklı bir yaklaşımın ortaya çıkarılması gerektiğini güçlü bir şekilde hissetti. Komite başkanı şu ifadeyi kullandı: "Kimlik, bellek ve bilince dair çeşitli boyutların entegrasyonundaki aksama olarak değerlendirilebilen disosiyatif bozukluğun temel psikopatolojisine ilişkin yaygın bir inanış vardır. Sorun birden fazla kimliğe sahip olmak değil, bir kimlikten daha azına sahip olmaktır." (Hacking, 1995, s. 18). Bunun sonucunda bu rahatsızlığın adı değiştirildi ve *DSM-IV*'ün yayımlanması ile Disosiyatif Bozukluk olarak adlandırıldı.

DKB nadir görülen bir olgudur. 1980 öncesinde, iki ya da üç yüzden daha az vaka mesleki literatürde rapor edilmiştir (Pope, Barry, Bodkin ve Hudson, 2006). Herhangi bir zamanda şizofreni ve depresyon gibi bozukluklardan yakınan milyonlarca hasta ile karşılaştırıldığında bu sayı son derece azdır. Bazı araştırmacılar, DKB'nin tahmin edilenden daha sık görüldüğünü iddia etmektedir (ör., Ross, 1997; Sar, 2006); ancak bu iddialara itiraz edilmektedir (ör., Lynn, Fassler, Knox ve Lilienfeld, 2006; Piper ve Merskey, 2004). DKB'nin genel örneklemdeki yaygınlığı kesinlikle yüzde 1'den çok daha azdır.

Birkaç etkileyici vaka örneğini konu alan popüler kitapların ve filmlerin kısmen etkisi ile yaygın olarak tanınan DKB olgusu, toplumda bir hayli dikkat çekmiştir. *The Three Faces of Eve* (Thigpen ve Cleckley, 1957) ve *Sybil* (Schreiber,1973) bu örneklerdendir. Sybil 20. yüzyıldaki en ünlü psikiyatri vakalarından biriydi. Filme ve kitaba karşı ortaya çıkan ilgi, bu ilginç olguya ilişkin alakayı 1970'ler ve 1980'ler boyunca önemli derecede artırmıştır. Ancak Sybil olgusunun gerçekliği ciddi bir şekilde sorgulanmaktadır. Bazı mualifler, terapistin, hastasını değişken

duygudurumunu farklı isimler ile adlandırarak alternatif kimlikleri benimsemesi yönünde etkilediğini iddia etmektedir (Rieber, 2006). Ne yazık ki, yıllardır bu bozukluk hakkındaki en iyi bilgi kaynağımız bu tür vaka çalışmalarıdır. Birkaç araştırmacı, DKB'ye sahip hasta örneklemini tanımlamaya yönelik araştırmalar yapmıştır. Bu araştırmacıların açıklamaları, bu esrarengiz hastalık hakkında şu anda mevcut olan bilgi birikimine çok önemli katkılar sağlamıştır.

Rapor edilen DKB hastalarında birkaç özellik göze çarpmaktadır. Birincisi, DKB hastalarının çoğu kadındır; kadınların erkeklere oranı en az beşe bir oranındadır. DKB hastalarının çoğu, ilk olarak yirmili yaşların sonlarında veya otuzlu yaşların başlarında saptanmıştır. Bu kişilerin çoğu, bazı duygudurum bozuklukları, madde kullanımı, şizofreni veya sınırda kişilik bozukluğu gibi tanılar almalarından dolayı zaten ruh sağlığı hizmeti almaktadır (Dorahy, Mills, Taggart, O'Kane ve Mulholland, 2006; Sar, Akyuz ve Dogan, 2007).

DSM-5 (APA, 2013), DKB'yi tipik olarak, farklı zamanlarda iki veya daha fazla ayrı kimliğin ortaya çıktığı bir yapıya bürünen kimlikteki bozulma olarak tanımlamaktadır. Bu kimliklerin her biri, kendi hakkında farklı bir düşünce biçimini benimsemektedir. Ayrıca her bir kimlik duygusal tepkilerdeki ve anılardaki değişimler, bilinçteki örüntüler ile ilintilidir. Farklı kimlikler arasındaki geçişler, genellikle anidir ve sıklıkla isteğe bağlı yapılan kontrolün ötesindedir. Bazı kültürlerde alter kimlik cin çarpması olarak tanımlanabilmektedir. Hafıza problemleri de ayrıca temel tanı özelliklerindendir. *DSM-5*'teki DKB tanı kriterlerine göre, bireyler günlük olaylara, önemli kişisel bilgilere veya stres yaratıcı önemli durumlara ilişkin hafızalarında boşluk deneyimlediklerini rapor etmelidir.

Hafızadaki bozukluklar bu hastalığın en önemli özelliğidir (Kihlstrom, 2005). Çoğu insan, karşı karşıya kaldığı çevresel uyaranların bir sonucu olarak farklı davranmakta ya da bir şekilde farklı bir insanmış gibi görünmektedir. Ancak bu değişimler nadiren DKB hastalarında görüldüğü gibi çarpıcı veya tamdır (tamamen gerçekleşmektedir). Üstelik çok az insan davranış örüntülerini değiştirdikleri zamanlarda ne yaptığını veya kim olduğunu unutmaktadır. DKB'de asıl kimlik muhtemelen alter kimliklerin varlığından habersizdir. Bireyin, eksik veya kayıpmış gibi görünen geniş zaman dilimlerine ilişkin endişeleri olağan dışı bir durum değildir. Alter kimliklerin, diğer kimliğe veya "ortak bilinçlilik (co-conscious)" hâline dair farkındalığı olabilir ya da olmayabilir. Tabii ki, kişisel bilgileri hatırlamaktaki güçlük, neredeyse tamamen kişinin kendi beyanına dayanır. Bu nedenle, DKB'de görülen bellek kayıplarını ölçmek için daha objektif ölçüm araçlarının geliştirilmesine ciddi anlamda ihtiyaç vardır (Allen ve Iacono, 2001; Kong, Allen ve Glisky, 2008).

Bu tanı kategorisinin sınırlarını tanımlamak bir hayli zordur (Gillig, 2009; Spiegel, 2001). Bazı klinisyenler, bu durumun genel olarak (kabaca) değerlendirilmesi gerektiğini savunurken, diğerleri ise DKB'yi sadece ağır ve tipik vakalar için kullanmayı tercih etmektedir. DKB üzerine yazılmış yetkin bir kitabın yazarı olan Putnam (2006), klinisyenlerin DKB tanısını sadece şu maddeleri gördükten sonra koymalarını önermiştir: (a) iki alter kimlik durumu arasında geçişin gözlemlenmesi, (b) belirli bir

alter kimlik ile en az üç farklı durumda karşı karşıya gelinmesi; böylece alter kimlik durumunun özgünlük derecesinin ve istikrarlılığının değerlendirilebilmesi ve (c) ya amnezik bir davranışın gözlemlenmesi ya da hastanın beyanı ile amnezinin (hafıza kaybının) tespit edilmesi.

Bu bozukluğun nadir olması ve belirtilerine klinisyenlerin her zaman aşina olmaması sebepleriyle, bazı hastalar büyük ihtimalle şizofreni ya da sınırda kişilik bozukluğu gibi öne çıkan diğer bozuklular ile yanlış teşhis edilmektedir. Tanıya dair bazı belirtiler, hastanın DKB yaşadığını düşündürerek, klinisyenin DKB'yi göz önünde bulundurmasını sağlayabilir. Bu belirtiler şu şekildedir:

1. Zaman algısında çarpıtmaların veya farkında olunmayan zaman aralıklarının rapor edilmesi
2. Başkaları tarafından söylenen ve hasta tarafından hatırlanmayan davranışların anlatılması
3. Kendisini farklı isimlerle veya üçüncü bir kişi olarak adlandırdığı zamanlarda, hastanın davranışlarında gerçekleşen dikkat çekici değişimlerin güvenilir bir gözlemci tarafından bildirilmesi
4. Hipnoz yöntemi ile diğer kimliklerin ortaya çıkarılması
5. Görüşme sırasında, yazı dilindeki "biz" kelimesinden ziyade, birliktelik anlamında olduğu anlaşılan "biz" kelimesinin kullanılması
6. Kişisel eşyaları arasında yazı, resim veya diğer ürünler ya da nesneler gibi şeylerin var olması ancak, hastanın bunların varlığı hakkında farkındalığının olmaması veya bunlar için herhangi bir açıklama getirememesi
7. Özellikle baygınlık, kasılma nöbetleri, rüyalar, hayaller veya derin uyku eşliğinde ortaya çıkan şiddetli baş ağrısı öyküsü

Paula, hemen hemen bu listedeki tüm belirtileri sergilemişti. Farkındalığının olmadığı zaman aralıkları ve baş ağrıları, öğrenci sağlık merkezinde tedaviye başladığı dönemdeki yaygın problem kaynağıydı. Kendisiyle ilişkili olan ancak, kendisinin hatırlayamadığı ve lise dönemine kadar uzanan olaylar anlatılmıştı. Çocukları ve en azından profesörlerinden biri, Paula'nın çevresel etmenler ile kolayca açıklanamayan davranışlarındaki belirgin değişikliği fark etmişti. Tabii ki, bir hastanın *DSM-5*'te (APA, 2013) listelenen diğer tanı kriterlerini karşılamadığı durumda, bu problemlerden hiçbirinin tek başına ya da hep birlikte, bu hastaya DKB teşhisi koymak için yeterli olmadığını vurgulamak gereklidir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

DKB'nin gelişimini açıklamak için çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür. Bu açıklamalardan biri, hastanın istemli olarak ilgili semptomları ortaya çıkarması, birçok farklı kişiliğe sahipmiş gibi rol yaparak ilgi çekmesi ya da sorumluluklarından kaçması ile ilgilidir. Sahte semptomların kasıtlı olarak ortaya çıkarılması, *temaruz (hasta rolü yapma)* olarak adlandırılmaktadır. Sanığın akıl hastalığı nedeni ile masum olduğunu iddia ettiği oldukça bilinen birkaç adli dava, bu sendromun oldukça inandırıcı bir şekilde taklit edilebildiğini göstermiştir (James, 1998).

Temaruz için bilinen en iyi örnek Yamaç Canavarı olarak da bilinen Kenneth Bianchi vakasıdır. Tecrübeli birçok klinisyen, tutuklandıktan sonra Bianchi ile görüşme gerçekleştirmiştir. Bu klinisyenler, hipnoz yardımı ile birçok vahşi tecavüz-cinayet vakasının so-

rumluluğunu gururla kabul eden Steve adındaki bir alter kişiliği keşfetmişti. Savcılık, Pensilvanya Üniversitesi'nde bir psikiyatrist olan Martin Orne'yi bilirkişi olarak Bianchi vakasını incelemesi için çağırmıştır. Orne, görüşme sırasında sanığın muhtemelen hipnozun etkisi altındaymış gibi davrandığını ve semptomların, üstü kapalı telkinlerin etkisiyle önemli ölçüde değiştiğini belirterek dava hakkında bir takım önemli hususu gündeme getirmiştir (Orne, Dinges ve Orne, 1984). Sanığın, idam cezasından kurtulmak için DKB semptomlarını taklit ettiğini ileri sürmüştür. Mahkeme heyeti, Orne'nin şüpheciliğini ikna edici bulmuş ve bunun sonucunda Bianchi cinayetten mahkum edilmiştir. Açıkçası, böyle vakalar oldukça nadirdir; çok az hasta, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı taklit etmek için bu tür bir motivasyona sahiptir. Bianchi vakasından, DKB'li hastaların hepsinin temaruz ettiği ya da taklit ettiği sonucu çıkarılmamalıdır; ancak bu vaka, terapistlerin bir teşhis için belirtileri değerlendirirken, özellikle de DKB gibi tanımlamanın ve değerlendirmenin zor olduğu bozuklukları değerlendirirken dikkatli olmaları gerektiğini göstermektedir (Thomas, 2001).

Sosyobilişsel (sociocognitive model) model DKB'yi terapistin hasta üzerindeki etkisinin bir ürünü olarak kabul etmektedir (Lilienfeld ve ark., 1999; Loewenstein, 2006). Bu, hastanın bir bozukluğu taklit ettiği anlamına gelmemektedir. Daha ziyade, DKB hastaları değerlendirme ve tedavi sürecinde sağlanan ipuçlarına tepki vermektedir. Örneğin, terapistler çoğunlukla DKB hastalarının kolayca hipnotize olduklarından ve genellikle alter kimliklerin hipnoz etkisi altında "keşfedildiğinden" bahsetmişlerdir. Hipnoz disosiyatif bozukluklarda önemli bir semptom olan amnezi gibi olguları tetikleyebilen bir süreçtir. Bu sosyobilişsel görüşe göre, bazı terapistler hastalarına, DKB hakkında bilgi ve öneriler sunabilmekte, üstü kapalı ve bilinçsiz bir şekilde beklentileri ile doğru orantılı davranmaları için cesaretlendirebilmekte ve ayrıca rollerini benimsedikleri durumlarda ise hastalar daha fazla dikkat ve ilgi ile ödüllendirebilmektedir. Bu bağlamda, klinisyenlerin büyük çoğunluğu tüm kariyerleri boyunca tek bir DKB vakası bile görmeden çalışırken, bir avuç terapistin çok sayıda DKB hastası tedavi ettiğini iddia etmesi ilginçtir (Modestin, 1992). Bu vakaların tamamıyla orantısız dağılımı, bazı klinisyenlerin özellikle ilgilendikleri semptomları bulduğunu (belki de bu semptomların gelişimini teşvik ettiklerini) belirten hipotez ile tutarlıdır.

Tüm DKB'li hastalar, sadece terapisti memnun etmek ya da üstü kapalı önerilere tepki vermek için mi çabalamaktadır? Bu sosyobilişsel model bazı vakaları açıklayabilmektedir ancak, diğer birçok vaka için ikna edici açıklama sunmamaktadır. Modelin birtakım ciddi sınırlılıkları vardır (Gleaves, May ve Cardena, 2001). Birçok vakada, hastanın tedaviye başlamasından önce önemli semptomlar hâlihazırda gözlemlenmektedir. Paula vakasında, Sherry'nin telefon ile araması durumu (bağımsız bir alter kişiliğin olduğuna ilişkin ilk net kanıt), hipnoz yöntemi kullanılmadan önce gerçekleşmiştir. Buna ek olarak, çoğu terapist DKB'yi aramamaktadır. Örneğin Dr. Harpin, Paula'yı tedavi etmeden önce hiç böyle bir vaka ile karşılaşmamıştır. DKB tanısını düşünmeden önce, Paula'nın davranışını diğer farklı açıklamalar ile değerlendirebilmek için özel çaba sarf etmiştir.

Eğer DKB bilinç seviyesindeki bozukluğu ve istemli-kontrolün kaybını kapsayan gerçek bir psikolojik olgu ise, bu olgunun gelişimini nasıl açıklayabileceğiz? Güncel etiyolojik hipotezler iki önemli hususa odaklanmaktadır: (a) çocukluk döneminde tek-

rarlanan, yıkıcı travmanın etkisi—özellikle cinsel taciz— ve (b) trans durumuna geçebilmekteki kişisel farklılıklar (Forrest, 2001).

Bebeklerdeki (12 aydan daha küçük bebekler) tavırların, duygulardaki ve davranışlardaki belirgin karşıtlıklar ışığında bir dizi farklı davranışsal durum içerisinde organize olduğunu ileri süren etkili bir model ortaya çıkmıştır (Putnam, 1989). Çocuk olgunlaştıkça, birbirinden farklı olan bu davranışsal durumlar daha entegre (bütünleşmiş) bir hâle gelmektedir. Bu durumlar arasındaki geçişler, daha az ani olmakta ve gitgide daha kontrollü hâle gelmektedir. Bu entegrasyondaki başarısızlık, DKB için bir zemin oluşturabilmektedir. Putnam ayrıca çocukların disosiyatif duruma kendiliğinden geçebildiklerini kabul etmiştir. Bazı çocuklar bu işlemi diğerlerine göre daha kolay yapabilmektedir. Bu konuda yetenekli olan çocuklar, muhtemelen kendilerini yoğun travmanın psikolojik etkisinden koruma yöntemi olarak transa geçebilmektedir. Bu mekanizma çocuğun, acı verici hatıralarını ve duygularını normal bilinç seviyesinin dışında zapt etmesine imkân vermektedir. Çocuğun tekrar tekrar belirli bir disosiyatif duruma girmesiyle, alter kimlikler daha güçlü, daha detaylı ve katılaşmış bir hâl almaktadır. En sonunda çocuk bu sürecin kontrolünü kaybetmektedir. Çocuk bu süreci durduramamakta veya neler olduğunun farkına varamamaktadır. DKB, bu trajik olayların nihai sonucudur.

Putnam'ın gelişimsel modelinin güvenirliği birtakım varsayımlara dayanmaktadır. Belki de en önemlisi, çocukluk döneminde tekrarlayan travmatik olaylar ile özellikle de cinsel taciz ile disosiyatif semptomların başlaması arasında olduğu farz edilen ilişkidir. Ağır travmanın tekrarı, kaçınılmaz olarak disosiyatif bozukluklara yol açar mı? DKB'li hastalar hep önceki cinsel istismarların kurbanları mıdır? Hastaların anıları daima gerçek midir? Bu soruların cevapları araştırılmaya açıktır (Hacking, 1995; Hornstein ve Putnam, 1996). DKB'ye ilişkin kanıtların değerlendirilmesi özellikle zordur; zira bu değerlendirmeler, büyük ölçüde bireysel vakalara dayanmaktadır. 1970'li yıllardan bu yana, yayımlanan çoğu vaka, çocukken cinsel istismara maruz kaldıklarını bildiren hastaları içermektedir. Paula, buna bir örnektir. Bu tür bildirimlerin sıklığı birçok klinisyeni, tekrarlayan cinsel istismarın DKB'nin etiyolojisi için gerekli ve yeterli bir koşul olduğu yönünde ikna etmiştir. Ancak, hastalara ait anıların doğru olduğunu nasıl bileceğiz? Bu, oldukça tartışmalı bir konudur. Hastaların istismar hatıralarını doğrulama çabaları, karışık sonuçlar ila neticelenmiştir; bazıları doğrulanabilirken, diğerleri doğrulanamamıştır (Kluft, 1995; Yeager ve Lewis, 1997). Temkinli şüphecilik durumunun cinsel istismar ve DKB arasındaki etiyolojik ilişki ile desteklenmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Tedavi

DKB'li hastaları tedavi etmeye yönelik çabalar iki ana strateji üzerine yoğunlaşmıştır: En işlevsel veya en yetkin olan, kimliği sabit hâle getirmek ya da farklı kimlikleri bir kimliğin içine entegre etmektir. Birinci yaklaşım ilk olarak, *The Three Faces of Eve*'de anlatılan hastanın tedavisinde Thigpen ve Cleckley (1957) tarafından uygulanmıştır. Bu vakada, daha sonra sayısız kimliğinin ortaya çıktığını belirten takip raporları bu yöntemin yararsız olan olası noktalarını göstermiştir.

Çoğu uzman, entegrasyonun önerilen tedavi olduğu konusunda hemfikirdir (Loewenstein, 2006). Dr. Harpin, birçok kişiliği kaynaştırmasında Paula'ya yardımcı olan birçok teknik uygulamıştır. Bu tekniklerden ilki, hastanın alter kimliklerine ilişkin farkındalığına yardım etmeyi kapsamaktadır. Hastanın aksi hâlde bilemeyeceği kendisindeki radikal değişimleri fark etmesine yardımcı olmak için alter davranışlara ait video kayıtları kullanılabilir. Ayrıca, bu problemin başka kişilerin yaşamlarında olduğunun görülmesi ve böylece hastanın kendi ikilemine ilişkin bakış açısı kazanması, bu bozukluğun genel yapısının anlaşılmasında yardımcı olan diğer bir önemli husus olabilir. Bu husus, Paula'dan *The Three Faces of Eve* adlı kitabı okumasını istediğinde, Dr. Harpin'in kafasındaki amaçtı. Alter kimliklere ait anılar ve duygular asıl kimlik tarafından paylaşılmaya başlanırsa en sonunda kimlikler arası kaynaşma gerçekleşebilmektedir. Son olarak, en önemli adım disosiyatif durumlar ile ilgili kaçınma davranışlarının kullanılmasından ziyade, uyuşmazlığa ve strese uyumlu bir tepki vermenin öğrenilmesini kapsamaktadır (Lynn ve ark., 2006).

Entegrasyon süreci doğrultusunda çalışırken terapistin, hastanın davranışlarındaki ve kimliğindeki başka bölünmelerden kaçınması ayrıca önemlidir. Ne yazık ki bu, dikkat edilmesi çok zor olan bir uyarıdır. Farklı beğenileri ve stilleri olan, birbirinden bağımsız kimliklerin varlığı büyüleyicidir. Terapist, hastanın deneyimlerine ilişkin tüm ilginç detayları hemen keşfetmek ve ele almak istemektedir. Bu tür sürekli sorgulamalar, disosiyatif deneyimleri teşvik edebilmekte ve entegrasyona ket vurabilmektedir. Alter kimlikleri belirtmek için, farklı isimlerin kullanılması da bu kimliklerin varlıklarını daha kalıcı ve daha kabul edilebilir bir hâle getirebilmektedir. Son olarak hipnoz, hastanın unuttuğu olayları hatırlamasını kolaylaştırmak amacıyla bir araç olarak kullanılsa da, bu yöntem yeni alter kimliklerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu problemlerin hiçbiri, kaçınılması kolay problemler değildir. Bunların tümü, DKB semptomları olan hastalar ile karşılaşan terapistlerin, müdahalelerini planlarken oldukça dikkatli olmaları gerektiğini göstermektedir.

DKB'ye yönelik tedavinin sonucu bazen oldukça olumludur. Birçok hasta yoğun ve uzun süren psikolojik tedaviye çok iyi cevap vermektedir (Brand ve ark., 2009; Maldonado, Butler ve Spiegel, 2002). Bu bağlamda Paula da örnek bir vaka olabilir. Bu bozukluğun prognozuna (hastalığın sonucuna ilişkin öngörü) dair iyimser izlenimler, çoğunlukla klinik izlenimlere dayanmaktadır; zira bu hastalık özelinde, uzun-vadeli sonuç çalışmaları verilerine sahip değiliz. 54 hastanın yer aldığı iki yıllık takip çalışması, birçok hastanın önemli ölçüde iyileştiğini bulmuştur (Ellason ve Ross, 1997). Ne yazık ki, uygulanan tedaviler ile plasebo programlarının etkisini karşılaştıran randomize klinik çalışmalar yapılmamıştır. Terapide etkili olan içerikler henüz belirlenmemiştir. Bu alandaki tedavi araştırmaları, ruh sağlığı hizmetlerinin diğer alanlarında yapılan araştırmalarının oldukça gerisindedir.

Tartışma Soruları

1. Disosiyatif kimlik bozukluğunun ilk göstergeleri hem hasta hem de terapist için kafa karıştırıcı olabilmektedir. Dr. Harpin'in Paula ile çalışmaya başladığı dönemde, ilk olarak düşündüğü çeşitli tanı seçenekleri nelerdi? DKB neden daha uygun bir tanı idi?

2. Paula ile birkaç yıl çalıştıktan sonra, Dr. Harpin diğer alter kimliklerin adlarını söylemeyi bıraktı; bunun yerine sadece Paula diye hitap etti. Sizce, bu yöntemi tedavinin başından itibaren uygulamalı mıydı? İlk dönemlerde Paula ile farklı isimler kullanarak konuşmasının bu probleme olumsuz katkı sağladığını düşünüyor musunuz? Ya da bu durum onun sorunu çözümlemesine ve danışanı ile güçlü bir terapötik bir ilişki kurmasına yardımcı oldu mu?
3. Popüler medyada DKB'ye ilişkin bir rapor ya da bir tartışma ile karşılaştınız mı? Sizce, neden ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların büyük bir çoğunluğu tek bir DKB vakası ile karşılaşmamışken, bazı terapistler onlarca DKB hastasını tedavi ettiğini belirtmektedir?
4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) hastalarında olduğu gibi, DKB'li hastalar da genellikle ciddi cinsel istismarların kurbanları olmuşlardır. Bu iki rahatsızlığın belirtileri nasıl benzerlik gösterir? Hangi yönlerden farklılık gösterir?

BÖLÜM 12*

Somatik Semptom Bozukluğu

Meredith Coleman, anesteziden sersemlemiş bir şekilde uyandı ve birkaç kez gözlerini kırptı. Hafifçe inlemeye başladı. Hemşire ona doğru döndü ve nasıl hissettiğini sordu. Midesi bulanmış ve üşümüştü; bu nedenle, hemşire battaniyeyi nazik bir şekilde çenesine kadar çekti. 25 yaşındaydı ve histerektomi (rahmin cerrahi yolla alınması) ameliyatı geçirmişti çünkü son bir yıldır şiddetli menstrüel kanamadan ve sürekli devam eden rahim ağrısından şikâyetçiydi. Doktoru bu ameliyatı yapma konusunda oldukça isteksizdi; zira Meredith gençti ve henüz hiç çocuk sahibi olmamıştı. Ancak Meredith'in, ofisine yaptığı sık ziyaretler, ağrı ve yoğun kanamaya ilişkin şikâyetleri en sonunda bu ameliyatı yapması konusunda doktoru ikna etmişti. Ameliyatın, Meredith'in durumunu iyileştireceği konusunda iyimserdi. Meredith kanamadan kurtulmaya hevesliydi ve ameliyat olmaya yönelik isteğini defalarca dile getirmişti.

Meredith, hastane yatağında huzursuz bir gece geçirdi. Ameliyat ağrısı, ağrı kesici ilaçlar ile kısmen hafifletildi. Ertesi gün jinekoloğu kontrol için geldi. Meredith karnında hâlâ hissettiği ağrıdan endişeliydi ancak, doktoru bunun normal olduğunu söyleyip, tamamen iyileşene kadar, haftalarca bu ağrının devam edeceğini ve kendini bu duruma hazırlaması gerektiğini belirtti. Rahmi alınmış olsa da, ameliyattan 6 ay sonraki sağlık kontrolünde, rahim bölgesindeki ağrıda herhangi bir iyileşme olmadığını hissetmişti. Bilakis ağrı biraz daha kötüleşmişti. Doktoru, bunun rahim ağrısı olamayacağını, ameliyatta hiçbir şeyin yanlış gitmediğini ifade etti. Meredith tatmin olmadı ve bu kontrolden sonra düzenli olarak gittiği Dr. Griffin'den randevu aldı.

Aslında, birçok farklı fiziksel rahatsızlığını tedavi eden bir sürü doktoru vardı. Ergenliğinden bu yana sağlığı kötüydü. Hemen hemen her gün, iki bacağından aşağıya doğru yayılan bıçak saplanıyormuş gibi şiddetli bir ağrısı vardı. Bu ağrı, belinin alt kısmından kaynaklanıyor gibi görünüyor ve bir şekilde önceden kestirilemiyordu. Ayak parmaklarının ucu "patlayacak" gibi görünüyordu. Bazı zamanlarda, bu ağrı günde sadece bir kere ortaya çıkıp birkaç dakika sürerken, diğer zamanlarda ise saatlerce sürüyor ve Meredith'in gözlerinden yaşlar getiriyordu. Bu ağrı, onun hayatını mahvediyordu.

Üniversite ikinci sınıfta, lise dönemindeyken hissettiği baldırındaki şiddetli sancıyı ancak hayal meyal hatırlayabiliyorken, bacakları ciddi anlamda kendisini tekrardan rahatsız etmeye başlamıştı. Başlangıçta, ağrı sadece ara sıra ortaya çıkıyordu ancak, şimdi

*Çeviren: Klinik Psikolog Kerim Selvi

daimi bir problemdi. Son 3 yılda, bacakları giderek güçsüzleşmişti. Bazen bacakları o kadar güçsüzleşiyordu ki, ayakta zorlukla durabiliyordu. Bu güçsüzlükten dolayı hiçbir mesafeyi yürüyemiyordu. Büyükannesine ait olan ve o öldüğünden bu yana tavan arasında saklanan eski tekerlekli sandalyeyi kullanmaya başladı. Bu sandalye uzun mesafeler yürümek zorunda kaldığı durumlarda—alışveriş merkezine gittiğinde—özellikle yardımcı oluyordu. Bazı günler bacakları tamamen iflas ediyor ve Meredith yere düşüyordu. Bacaklarındaki sorunun nedenini bulmaları için birçok uzmana başvurmuştu ancak hiçbiri bu durumu çözemedi. Nöroloji uzmanı tarafından değerlendirildi, MR'lar çekildi ancak, belirtilerine neden olabilecek hiçbir kanıt bulunamadı. Sık sık gözyaşı döküyordu ve sağlığına dair ümidini yitiriyordu. Ayrıca, duygusal patlamaları ebeveynlerini de endişelendiriyordu.

Bu sıkıntısından başka bir sürü farklı fiziksel problemi de vardı. Ergenlik döneminden bu yana yaygın olan şiddetli baş ağrılarından şikâyet ediyordu. Bu ağrılar migren ağrılarının tipik belirtileri ile uyuşmuyordu. Ayrıca, göğüs ağrıları mevcuttu ve sık sık kalp krizi geçireceğini düşünüyordu. Göğüs ağrıları en yeni semptomlarıydı, sadece son 6 aydır ortaya çıkıyordu. Bir gün, göğsündeki ağrı nedeni ile acil servise gitti ve kalp krizine imkân vermemek için tüm tetkikleri yaptırdı. Acildeki doktor anksiyetenin göğsündeki ağrılara neden olduğunu söyledi, kalbi normal ve sağlıklıydı. Bu açıklamalar nedeniyle şaşkın ve suçlanmış hissetti, çünkü delirmediği ve göğsündeki ağrıyı kafasından uydurmadığı onun için aşikârdı.

Yemeklerden sonra sıklıkla rahatsızlık veren karın şişliği hissediyordu. Şişkinlik ve iştahını kaçıran mide bulantısı nedeniyle seyrek yemek yiyordu. Yemek yediğinde ise genellikle şişlik ve karın ağrıları o kadar şiddetleniyor ve iki katına çıkıyordu ki yatmak zorunda kalıyordu. Ülser veya gıda alerjisi risklerini ekarte etmek için kapsamlı testler yapıldı ancak hiçbir neden bulunamadı. Safra kesesi iki yıl önce alınmıştı ancak bu durum semptomlarını hafifletmiyordu.

Meredith, kocası Steve ile üniversitede tanışmıştı. Steve kendinden bir yaş büyüktü. Üniversiteden mezun olduktan sonra evlendiler. Steve, sigorta acente yetkilisi olarak çalışmaya başlamıştı. O sırada Meredith 21 yaşındaydı. Düğünden sonra okulunu bitirmedi. Üniversiteyi bıraktığında notları çok kötüydü, çünkü baş ağrıları çalışmasını zorlaştırıyordu. Steve 2 yıl sonra onu terk etti. Kendi masraflarını karşılamak için sekreter olarak çalışmaya başladı. Sağlık problemleri çok fazla mesai kaçırmasına neden olunca, yaklaşık bir yıl sonra işini kaybetti. Böylelikle, 24 yaşında iken ailesinin yanına geri döndü.

Artık sık sık dışarı çıkmıyordu, çünkü herhangi bir mesafeyi yürüme konusunda sıkıntı yaşıyor ve bacaklarının iflas edeceğinden korkuyordu. Kiliseye giderken ailesine eşlik ediyor olsa da, sağlam durabilmek için her zaman babasının kolunu tutmaya çalışıyordu. Annesi tüm çamaşırlarını yıkıyor, yemeklerini hazırlıyordu. Hem annesi hem babası kızlarının sağlığı konusunda çok endişeliydi. Hiçbir doktor kızlarının problemini çözemediği için öfkeliydiler.

Jinekoloğunun, kendisinde hiçbir şeyin olmadığını söylemesinin ardından Dr. Griffin'den aldığı randevuya gittiğinde, Meredith devam eden rahim ağrılarından,

baş ağrılarından ve bacaklarındaki ağrılardan bahsetti. Doktor sempatik bir şekilde dinledi ancak, sonrasında Meredith'in sözünü kesti ve neler olduğunu anlamadığını söyledi. İşe yarayıp yaramayacağını görmek için sindirim problemlerini kontrol etmesine yardımcı olacak farklı ilaçlar deneyebileceğini belirtti. Dr. Griffin ona reçeteyi verip, muayene odasından ayrılması için kapıyı açtığında Meredith, doktorun 12 aylık ilaç vermesiyle hayal kırıklığına uğramıştı. Meredith'e göre bu durum, Dr. Griffin'in kendisi ile 12 ay boyunca görüşmek istemediğini net bir şekilde açıklıyordu. Bu yüzden ağlamaya başladığında, Dr. Griffin değerlendirme için bir psikolog ile görüşmesini önerdi. Meredith bu öneri karşısında gücendi ve kızdı. Dr. Griffin'i, kendisinin delirdiğini iddia etmekle suçladı. Doktor, duyguların bazen medikal problemleri zorlaştırdığını açıkladı. Ayrıca, psikolojik değerlendirmenin en iyi tedavi sürecinin belirlenmesinde yardımcı olacağını ifade etti. Meredith sonunda bir psikolog ile görüşmeyi kabul etti.

Sosyal Geçmiş

Meredith küçük bir kasabada büyüdü. Babası banka müdürü, annesi ise ev hanımıydı. Üç kardeşten en küçüğüydü. Erkek kardeşi Wallace kendisinden 5 yaş büyüktü. Wallace doğuştan atlet, popüler ve aynı zamanda başarılı bir öğrenciydi. Çocukluğu boyunca ve üniversitede beyzbol oynadı. Hukuk fakültesine devam etti, artık evliydi ve hukuk bürosunu açmak için yoğun bir şekilde çalışıyordu. Kız kardeşi Claire ise kendisinden 2 yaş büyüktü. Atlara binmeyi seven neşeli, sakin bir kız olmuştu. Lise döneminde, tüm boş vakitlerini ahırlarda geçiriyordu. Şu anda lise aşkı ile evli ve 5 yaşındaki ikizleri ile meşguldü.

Meredith'in çocukluğunda, babaannesi onlarla yaşıyordu. Babaannesi, kendisini çok zayıflatmış bir inmeden kurtulmuştu ve yürümekte zorlanıyordu. Meredith'in annesi Evelyn, onunla ilgilenmek için çok zaman harcıyordu. Onun için özel yemekler hazırlıyor ve elleriyle besliyordu çünkü inme, babaannenin ellerini kötü etkilemişti ve ellerini sabit bir hâlde tutamıyordu. Evelyn, kayınvalidesine karşı oldukça özverili davranıyordu ve ihtiyaç duyduğu her şeyin karşılandığından emin olmaya çalışıyordu. Ne yazık ki, Meredith 12 yaşındayken babaannesi vefat etti. Meredith, sonrasında üniversitedeki tüm arkadaşlarına babaannesinden ve onun ölümünün ne kadar travmatik olduğundan bahsetti. Yasına dair hislerini ve cenaze törenini etkileyici bir şekilde betimledi.

Evelyn, Wallace gibi dışa dönük biriydi ve çok fazla arkadaşı vardı. Yoğun bir sosyal hayatı vardı. Kilise gruplarında ve sivil kuruluşlarda aktifti. Hatırlayabildiği kadarıyla Meredith, hiçbir zaman kendisini annesi ile uyumlu hissetmemişti. Annesi ya da kız kardeşi gibi şirin veya minyon değil, yaşıtlarına göre uzun ve iriydi. Diğer çocuklar ile olan ilişkisinde oldukça açık sözlü ve amirane tavırlıydı ve çok fazla arkadaşı yoktu. Annesi, çoğu zaman kendisinden biraz utanıyormuş gibi görünüyordu. Fakat Wallace ile iftihar ediyordu. Wallace'ın tüm küçükler ligi beyzbol maçlarına gitmişti. Ayrıca oğlunun başarılarını her zaman kendi arkadaşlarına övünüyordu. Meredith, kendisini her

zaman "önemsiz" ve ihmal edilmiş hissetti. Annesinin, kendisi dışında herkese zaman ayırdığı anlaşılıyordu. Okulda diğer kızlarla ilişkisinde deneyimlediği dışlanmışlık hissi hakkında annesi ile konuşmaya çalıştığında, annesi bunun için dua etmesi ve üzgün hissetmemesi gerektiğini söylüyordu.

Babaannesinin ölümünden hemen sonra, Meredith baş ağrısı yaşamaya başlayınca, annesi kendisine karşı oldukça anlayışlı davrandı. Uzanmasını ve başına soğuk kompres uygulamasını söylemişti. Bu, ağrıyı biraz hafifletmiş gibi görünüyordu. Mide bulantısı ve şişkinlikten yakındığında, annesi sindirimi daha kolay olan yumuşak besinler yemesini tavsiye etti. Ailenin birlikte yediği yemekler çok baharatlı ve sindirimi zor besinler olduğunda annesi, Meredith için özel yemekler hazırlamaya başladı.

Meredith lisede, koro ekibinde aktif olarak yer aldı. Çok yetenekliydi ve çok güzel bir sesi vardı. Şarkı söylemesiyle diğer öğrenciler tarafından kabul görmeye başlamıştı. Koro ekibi ile birlikte zaman geçiriyor ve aktivitelere dâhil ediliyordu. Yüksekokulda şarkı söylemeye devam etti ve üniversitede müzik bölümüne gitmeye karar verdi. Opera sanatçısı olarak kariyerine devam etmeyi ümit etti. Profesörleri, büyük umut vadeden sesini iyileştirmesi için onu teşvik etti. Üniversite etkinliğindeki performansını gördükten sonra kendisine çıkma teklifi eden Steve ile tanıştı. Steve, Meredith'in sesinden ve sahnedeki duruşundan büyülenmişti. Çabucak birbirlerine aşık oldular ve birkaç ay içinde nişanlandılar.

Evlendikten sonra, baş ağrısı veya farklı rahatsızlıklar nedeni ile hasta olduğunda Steve ona karşı korumacı ve şefkatliydi. Meredith, onu delicesine sevdi ve mükemmel bir eş olmak için elinden geleni yaptı. İlk evlerini dekore etmek için çok zaman harcadı, ona gurme yemekleri yaptı. Steve kendini işe verdi, müşteri bulmak için uğraşıyordu. Meredith, Steve'in iş yerindeki uzun mesailerine ve başarı odaklı meşguliyetine uyum sağlamayı bir ölçüde zor buldu. Steve'in evden ayrı olduğu günlerin artmasıyla, Meredith'in bacaklarında hissettiği ağrılar ortaya çıktı. En sonunda etrafta dolaşmasına yardımcı olması ve güçsüz hissettiğinde düşmesini engellemesi için büyükannesinin tekerlekli sandalyesini, ailesinin evinden apartman dairesine getirdi. Bu, Steve'i rahatsız etti. Meredith'i eleştirmeye başladı. Steve, ayrıca sıklıkla tekrarlanan doktor randevularının bir sonucu olan sağlık faturalarının maliyeti hakkında şikâyet etmeye başlamıştı. Evliliklerinin geri kalan kısmında, gittikçe daha sık tartışmaya başladılar. Bir gün, Steve boşanmak istediğini ve başka birine aşık olduğunu açıkladı. Meredith, tamamen harap oldu ancak kalması için Steve'i ikna edemedi. Steve evden ayrılıp, boşanma davası açtığında, Meredith birlikte yaşadıkları apartman dairesinde yalnız kaldı, iş buldu ve ebeveynlerinin yanına taşındığı döneme kadar olan süreçte tek başına mücadele etti.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Meredith, Dr. Griffin'in önerdiği klinik psikologdan istemeyerek de olsa randevu aldı. Psikolog, Dr. Edwards, kapsamlı bir görüşme gerçekleştirdi ve Meredith'in tedavi (tıbbi) tarihçesini oluşturmaya çalıştı. Çeşitli belirtilerin ne zaman başladığına dair net tarihleri Meredith'ten öğrenmek zordu. Meredith'in izni ile hastalık geçmişini, Dr. Griffin'den ve kendisini tedavi eden diğer doktorlardan edindi. Şikâyet geçmişinin

bir kronolojisini oluşturması için tüm bu bilgilere ihtiyacı vardı. Bu bilgiler, ayrıca sayısız bedensel şikâyeti açıklama noktasında tıbbi bir temelin olup olmadığının değerlendirmesine de olanak sağlayacaktı. Dr. Edwards, Meredith'in boşanma sonrası üzüntüsü, fiziksel yakınmalara ilişkin ümitsizliği ve hüznü ile karşılaştı. Sonrasında bir takip görüşmesi ayarladı. Böylece tüm tıbbi kayıtları inceledikten sonra bir tedavi planı önerebilecekti.

Tüm tedavilere ve değerlendirmelere ait bir sürü tıbbi kaydı incelerken, birçok farklı doktorun sayısız bedensel semptomlar için fiziksel temel oluşturacak herhangi bir açıklama getiremediğini ve bu semptomlar ile çok meşgul olması nedeni ile Meredith'in yaşamının da olumsuz etkilendiğini keşfetti. Meredith, *somatik semptom bozukluğu* kriterlerini karşılıyordu. Bu bozukluğa sahip bireyler, günlük yaşantıyı engelleyen ve duyguları, düşünceleri veya davranışları önemli ölçüde etkileyen somatik (fiziksel) semptomlara sahiptir.

Bir sonraki görüşmede Dr. Edwards, depresif duygudurumunu ve somatik semptomlarını ele almak üzere bir tedavi süreci önerdi. Ne yazık ki Meredith, bu tedaviyi kabul etmedi. Tekrar gözyaşı döktü ve kendisi ile görüşmeyi kabul etmesinin tek bir sebebi olduğunu ve bu sebebin de Dr. Griffin'in planladığı tıbbi tedaviye yardım etmek olduğunu belirtti. Bir psikoloğa ihtiyacı olduğuna inanmıyordu, çünkü deli değildi. Dr. Edwards'ın, psikolojik tedavi alması yönünde sunduğu mantıklı gerekçelerden hiçbiri onu ikna edemedi. En sonunda Dr. Edwards, tıbbi tedaviye yardım etmesi açısından bu bulgular ile Dr. Griffin'i aramayı kabul etti.

Dr. Edwards, değerlendirme bulgularını Dr. Griffin'e açıkladı ve tıbbi uygulamalar konusunda danışmanlık yaparak problemlerin üstesinden gelebileceğini ifade etti. Dr. Griffin'in düzenli olarak programlayacağı görüşmelerin genel tedavi planı üzerine konuştular. Meredith iki haftada bir, Dr. Griffin'in hemşiresiyle görüşecekti. Hemşire semptomları kayıt altına alacak, çok önemli belirtileri kontrol edecek, destek ve teşvik (özellikle yatakta daha az zaman geçirmesi ve tekerlekli sandalye kullanımını azaltması için) sağlayacaktı. Dr. Griffin her ay Meredith ile buluşacak ve seanslarda, hemşirenin notları üzerinden geçecekti. Meredith, bu tedavi planının sunulması ile rahatlamış görünüyordu ve hemen bu tedaviyi kabul etti. Dr. Griffin, duygusal yıkılmanın, ağrının daha kötüye gitmesi üzerindeki rolünü ele aldı ve bunun sonucunda Meredith'e, kullanmayı kabul ettiği bir antidepresan verdi. Dr. Edwards ayrıca, Meredith'i farklı uzmanlara yönlendirmemesi doğrultusunda Dr. Griffin'i teşvik etti. Meredith, farklı doktorlar ile görüşmemeyi kabul etti. Birkaç ay sonra ise düzenli yapılan görüşmelerin sıklığının azaltılması gerekecekti.

Meredith bu tedavi yöntemine olumlu cevap verdi. Semptomlarına dair sorunları devam etti ancak, doktoru ile temas hâlinde olması, ayrıca artan destek ve güvencenin etkisi ile artık bu semptomlar kendisini daha az yıpratıyordu. Diğer hekimlere gitmemekle ilgili sözünü tuttu. Depresif duygudurumu iyileşme gösterdi ve acil servis ziyaretleri artık söz konusu değildi. Doktorlarla olan görüşmeleri ve bacaklarındaki güçsüzlük azaldı. En sonunda başka bir işe başladı ve kendisi için yeni bir apartman bulma planları yaptı.

Tartışma

Somatik semptom bozukluğu, somatik (fiziksel) bir hastalıktan kaynaklanıyor gibi görünen fiziksel semptomlar veya önemli ölçüde rahatsızlığa neden olan ve bireyin işlevselliğine engel olan duygularını, düşüncelerini ya da davranışlarını etkileyen bir bozukluk olarak nitelendirilmektedir. *DSM-5*'te, hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve yapay bozukluk gibi rahatsızlıkları da içeren Somatik Semptom (Belirti) ve İlişkili Bozukluklar kategorisi altında yer almaktadır (APA, 2013). Somatik semptom bozukluğu *DSM-5*'te yer alan yeni bir tanı kategorisidir; *DSM-IV-TR* içerisinde yer alan somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis, ağrı bozukluğu ve ayrım göstermeyen somatoform bozukluğu, örtüşmeleri azaltmak için *DSM-5*'ten çıkarılmıştır. Somatik semptom bozukluğu, çoğunlukla tanı ve tedavi için psikologlara veya psikiyatristlere gitmeye değil, diğer alanlarda çalışan hekimlere gitmeye neden olmaktadır (Hurwitz, 2004). Somatik semptom bozukluğu yaşayan bireyler, zorunlu askerlik hizmetinden veya işlenen bir suçun yasal yükümlülüklerden kaçınmak veya bir dava sonucunda elde edilebilecek maddi kazanç ya da maluliyet kazancından faydalanmak için başvurulan temaruz durumundaki gibi, ortaya istemli veya bilinçli olarak semptom çıkarmamaktadır. Bu bozukluğa sahip bireyler, ayrıca kendilerini hasta gibi gösterecek semptomları varmış gibi davranan, yapay bozukluğa sahip kişilerden de ayrışmaktadır. Aslına bakılırsa bu kişiler ağrı hissi, güçsüzlük veya inme, karın şişliği ya da mide bulantısı gibi belirtileri deneyimlemekte ve fiziksel sağlık durumlarında bir sorun olduğuna tümüyle inanmaktadır. Bazı araştırmacılar, fiziksel belirtilerin psikolojik üzüntüden kaynaklandığını belirtmekte ve bu belirtileri psikolojik üzüntünün bir ifadesi olarak değerlendirmektedir (Hurwitz, 2004).

Somatik semptom bozukluğuna sahip bireyler, genellikle psikolojik bozukluk tanısı almamaktadır. Bir çalışma, somatik belirtilere sahip hastaların takibini yapmıştır. Bu hastalar yıllar sonra da, somatik belirtilere sahip olmaya devam etmiş ve sık sık doktor ziyareti yapmayı sürdürmüştür. Hastaların pratisyen hekimleri, söz konusu belirtilere ilişkin herhangi bir tıbbi bir sebep bulamamıştır. Birkaç test yaptıktan sonra, bu hastaları yine bir sebep bulamayacak olan başka bir uzman hekime sevk etmişlerdir. En sonunda, bu hastalar pratisyen hekimlerini değiştirmiş, test ve yeni sevk sürecine tekrardan başlamıştır (Crimlisk ve ark., 2000). Birçok verimsiz doktor ziyaretinden sonra bile, sadece az sayıda hasta, psikolojik faktörlerin bu belirtilere neden olduğuna inanmıştır. Depresyon ve anksiyeteleri olsa bile, bu durumu belirtilerin bir sonucu olarak görmüşlerdir. Bazıları ise tipik olarak doktorun kesinlikle göz ardı ettiği bir problemleri olduğuna inanmaya devam etmiştir. Bu hastaların sadece küçük bir kısmı psikolojik değerlendirme ve psikolojik tedavi için yönlendirilmiştir. Diğer bir örneklemde ise şiddetli somatoform bozukluğuna sahip kişilerin yaklaşık yüzde 20'si, ikinci bozukluk olarak eşlik eden (komorbid) depresyon veya anksiyete için tedavi almışlardır (Leiknes, Finset, Mourn ve Sandanger, 2007).

Somatik semptom bozukluğunun eksik tanı alması hem hasta hem de toplum için çok masraflıdır. Hasta gerçek bir ikincil hastalık (iyatrojenik-tıbbi tedaviden kaynaklanan hastalık veya zarar) riski altındadır. Örneğin, omurilikten su alma yöntemine maruz kalan hastanın bunun sonucunda zarar görme ihtimali vardır. Bu hastalar, bir dizi test için hastaneye yatırıldıklarında, bazen hastane sözleşmesinde de belirtilen staf enfeksiyonları (staph infections) gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalabilmektedir. Sosyal maliyetler; tekrarlanan

sağlık-bakım hizmetinin getirdiği önemli yükleri, gereksiz tanı işlemlerini ve iş yerlerindeki çalışma kaybına ek olarak acil servis ziyaretlerini kapsamaktadır.

Somatik semptom bozukluğuna sahip hastalara uygulanan gereksiz tıbbi işlemlerin boyutu, önemli bir çalışmada Fink (1992) tarafından incelenmiştir. Fink, 8 yıllık dönemde en az 10 kere hastanede yatılı olarak tedavi gören 17 ila 49 yaş arasındaki kişileri belirlemiştir. Net bir teşhisin konulamadığı kişiler, somatik kişiler (somatizers) olarak belirlenmiştir. Bu somatik kişiler, örneklem içinde bulunan diyabet ve kanser gibi net bir tanı alan diğer kişiler ile karşılaştırılmıştır. Somatik kişiler, gerçekte hasta olan kontrol grubundan daha fazla sayıda cerrahi operasyon geçirmiştir. Bu somatik kişilerin yüzde 8'i, 20'den fazla gereksiz ameliyat geçirmiştir. Somatik kişiler için en sık uygulanan cerrahi operasyon tipleri rahim kürtajı, rahim alma ameliyatı, gastrointestinal müdahaleler, apandisit ameliyatı ve laparaskopi gibi jinekolojik prosedürler olarak bulunmuştur. Rahim alma ameliyatlarının neredeyse hiçbiri, semptomların ortadan kalkması ile sonuçlanmamıştır. Somatik kişiler üzerinde yapılan tüm bu cerrahi işlemlerin başarı oranı, semptomlardaki iyileşme bakımından yüzde 25'tir; bu oran, hemen hemen plasebo etkisi ile aynıdır. Bu çalışma, somatoform bozukluğunu teşhis etmedeki başarısızlığın ne tür risklere ve maliyetlere neden olduğunu açıkça kanıtlamaktadır. Bu maliyetler, Meredith için de gün gibi ortadadır. 25 yaşına gelene kadar safra kesesi ve rahim alma ameliyatı geçirmiştir. Bu ameliyatların her ikisi de tıbbi olarak gereksizdir. Farklı doktorlar Meredith'in sadece farklı problemlerinden haberdar olduğu için, bu ameliyatlar gerçekleştirilmiştir. Eğer Meredit'in tüm tıbbi geçmişi jinekoloğun bilgisi dâhilinde olsaydı, jinekoloğu bu ameliyatı yapmama yönünde bir karar verebilirdi.

Doktorlar ve zihinsel sağlık uzmanları, somatik semptom bozukluklarının gerçekte olduğundan daha fazla teşhis edilmesi hususunda eşit derecede dikkatli olmak zorundadır. Tıbbi açıdan açıklanamayan belirtiler yaygındır ve bu yaygınlık birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretlerinin yüzde 30'una denk gelebilmektedir (Kirmayer, Groleau, Looper ve Dao, 2004). Elbette tıbbi bilgi her şeyi bilmekten kesinlikle uzaktır. Ancak hekimler bir belirtinin nedenini bilmediklerini itiraf etmek istemedikleri için somatik semptom bozukluğu tanısı koyarak semptomun sorumluluğunu hastanın duygusal durumuna atfedebilmektedir.

Araştırmacılar, kadınların erkeklere oranla 5 kez daha fazla somatik semptom bozukluğu kriterlerini karşıladığını bulmuştur (Karvonen ve ark., 2004). Kadınların yüzde 0,2 ila 2'si, erkeklerin ise yüzde 0,2'den daha azı hayatının bir bölümünde somatik semptom bozukluğu için gerekli olan kriterleri karşılamaktadır (Mai, 2004). Bu bozukluğun ortaya çıkma yaşı en çok ergenlik döneminde görülmektedir (Noyes, Stuart, Watson ve Langbehn, 2006). Somatik semptom bozukluğu düşük gelirli insanlar arasında daha yaygındır (Ladwig, Marten-Mittag, Erazo ve Gundel, 2001). Bu bozukluk, ayrıca yüksek duygusal sıkıntıya sahip bireyler arasında daha sık görülmektedir. Bu rahatsızlığa sahip bireyler, genellikle boşanma ile sonuçlanmış evlilik geçmişine sahiptir (Tomasson, Kent ve Coryell, 1991).

Somatik semptom bozukluğuna sahip bir dizi insan aynı zamanda bir kişilik bozukluğu kriterini de karşılamaktadır. Bir çalışmada, bu rahatsızlığa sahip hastaların yüzde 72'sinin kişilik bozukluğu yaşadığı ve bu kişilik bozukluklarından en yaygın olanlarının, bağımlı ve histriyonik kişilik bozukluğu olduğu bulunmuştur (Stern, Murphy ve Bass, 1993). Bu oran, diğer ruhsal hastalıklarda var olan eş tanılı kişilik bozukluğu oranından daha yüksek bir orandır. Somatik semptom bozukluğuna sahip insanların bir kısmı da, anksiyete ve depresif

bozukluk kriterlerini karşılamaktadır (Leibbrand, Hiller ve Fichter, 2000). Bu bozuklukla eş tanılı ortaya çıkan depresyonun ve anksiyetenin kontrol altına alındığı durumlarda bile, bu kişilerin intihar girişiminde bulunma ihtimalleri oldukça yüksektir (Chioqueta ve Stiles, 2004). Bu durum, bu kişilerin zayıf sosyal işlevselliğe, evliliğe dair istikrarsızlığa, duygusal rahatsızlığa, dürtüsel- histriyonik kişilik özelliklerine sahip olmaları ile ilişkili olabilmektedir. Bazıları için somatik semptom bozukluğunun teşhis edilmesi ve uygun tedavinin sağlanması ölüm kalım meselesidir.

Somatik semptom bozukluğuna sahip bireyler yıllarca kronik somatik belirtiler deneyimlese de, bu kişilerin özgül belirtileri sıklıkla değişir. Yaşamlarının bir noktasında belli bir problemi deneyimlerken, bir sonraki yıl bu problem ortadan kaybolabilmekte ve yeni bir belirti ortaya çıkabilmektedir (Simon ve Gureje,1999). Somatizasyona sahip bireylerin 2 yıllık takibini içeren bir çalışmada, hastaların sadece üçte biri aynı belirtileri deneyimlemeye devam etmiştir (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones ve Drake, 1993).

Somatik semptom bozukluğuna sahip kişilerin işlevlerini yerine getirme becerilerinde epeyce bozulma söz konusudur; aslına bakılırsa, şizofreni hastaları ile karşılaştırıldıklarında bu bozulma şizofreniden daha fazladır (Bass, Peveler ve House, 2001). Bir örneklemin yüzde 10'a varan kısmı tekerlekli sandalyeye mahkum kalmıştır. Genel olarak, somatik semptom bozukluğuna sahip bireyler, ayda ortalama 7 günlerini yatakta geçirmektedir. Bu kişiler çoğu zaman bir iş bulamamaktadır. Somatik semptom bozukluğuna ilişkin sağlık giderlerine ek olarak, iş verimliliğinin kaybı da önemli bir toplumsal yüktür (Bermingham, Cohen, Hague ve Parsonage, 2010). Her ne kadar bu rahatsızlığa sahip diğer insanlar kadar etkisiz hâle gelmemiş olsa da, bu bozulmaların bir kısmı Meredith'in hayatında da belirgin olarak ortaya çıkmıştır.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Psikodinamik kuramcılar, somatik semptom bozukluğun, psikolojik savunma mekanizmalarından inkârın kullanımıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Bu bozukluğa sahip bireylerin, psikolojik sıkıntılarını doğrudan ifade etmek yerine, somatik semptomları kullanarak ifade ettiği düşünülmektedir. Özellikle, psikolojik farkındalığı olmayan kişilerin ya da psikolojik odaklanmanın teşvik edilmediği kültürlerden gelen kişilerin daha fazla somatize olma ihtimallerinin olduğu düşünülmektedir (Gureje, Simon, Ustun ve Goldberg, 1997). Tedavi için zihinsel sağlık kliniğine getirilen çocuklar, Tayland'da yaşıyor ise somatik yakınma ortaya koyma ihtimalleri daha yüksek; Birleşik Devletler'de yaşıyorlar ise depresif semptomlardan yakınma ihtimalleri daha yüksek olacaktır. Ancak, deneyimlenen depresif belirtilerin ve somatik semptomların oranı bakımından, Taylandlı ve Amerikalı çocuklar arasında bir fark yoktur (Weiss, Tram, Weisz, Rescorla ve Achenbach, 2009). Bu durum, kültürel etmenlerin, yardım arama esnasında bireylerin sorunlarını ifade etme şeklini etkileyebileceğini; ancak semptomların deneyimlenmesi noktasında ise etkilemeyebileceğini göstermektedir. 5 kıtada 14 ülkede 25.000 hasta ile çalışmış araştırmacılar, psikolojik ve fiziksel belirtiler konusunda ülkeler arası bir fark bulamamıştır (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton ve Ormel, 1999). Somatik belirti rapor eden birçok depresyon hastası, ayrıca psikolojik olgularını kabul edebilmiş ve tanımlayabilmiştir. Bu nedenle, bu kişiler somatizasyonu, psikolojik sıkıntıların reddi olarak tezahür etmiş gibi görünmemekte-

dir. İnkâr mekanizması, bazıları için etkili bir rol oynayabilmektedir ancak bu durum, somatik şikâyetleri olan herkes için geçerli değildir.

Dünyadaki kültürlerin hepsinde somatik semptom bozukluğu görülse de bu semptomların gelişiminde kültürel faktörlerin etkisi dikkate alınmalıdır. Bazı belirli kültürel gruplar, somatik, bazen de duygusal belirtilerden oluşan özgül sendromlara sahiptir (Kirmayer ve Young, 1998). Kore kökenli insanlar arasında, ağırlık hissi, boğazda yanma, baş ağrısı, kas ağrısı, ağız kuruluğu, uykusuzluk, hazımsızlık ve kalp çarpıntısı gibi özellikleri olan *hwa-byung* sendromu mevcuttur. Koreliler bu sendromu, özellikle kişiler arası veya toplumsal adaletsizliğin neden olduğu bastırılmış öfkenin sonucu olarak görmektedir. Nijerya'da ise genellikle öğrenciler arasında yüksek başarı baskısının getirdiği zihinsel çalışma ile bağdaştırılan, baş bölgesindeki sıcaklık veya yorgunluk ile özdeşleştirilen brain fag (zihin yorgunluğu) sendromu vardır. *DSM-5* (APA, 2013), semptomların ortaya konulmasını açıklayabilecek tüm kültürel etmenlerin dikkate alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Bireyin kendi duygularını saptamasındaki ve tanımlamasındaki zorluğunu ifade eden *aleksitimik* kişilik tarzı, ilk olarak psikodinamik yönelimli klinisyenler tarafından tanımlanmıştır. Ancak, somatik semptom bozukluğu için olası bir yatkınlık faktörü olabileceği düşünüldüğünden, bu kişilik tarzı günümüzde geniş bir ilgi görmektedir. Bu zorluk, bireyin duygusal uyarılma ile ilişkili olan bedensel durumlara odaklamasına ve bu bedensel durumları yanlış yorumlamasına neden olabilir. Dolayısıyla, duygusal uyarılmayla ilişki olan bu bedensel durumlar artar ve somatik semptom bozukluğu ile sonuçlanır. Literatürdeki araştırmaları içeren bir derleme çalışması, aleksitimi ve somatik belirtiler arasında orta derecede bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (De Gucht ve Heiser, 2003). Bu bağlamda, duygularını fark etmesi ve bunları ifade etmesi noktasında Meredith'in de bazı sorunları vardı. Ailesi, duyguları hakkında konuşmasına izin vermemişti. Ayrıca, duyguları hakkında düşünmesi ya da konuşması için teşvik edilmemişti.

Ampirik olarak test edilen diğer bir psikodinamik kavram ise *ikincil kazançtır.* İkincil kazanç, semptomların dışavurumunu ödüllendiren durumsal kazanımlardır.[1] İkincil kazanç örnekleri; aile bireylerinden elde edilen sempatiyi, ev veya iş yerindeki sorumluluklardan kurtulmayı ve doktorun dikkatini çekmeyi kapsamaktadır. Somatik bireyleri, fiziksel olarak hasta olan bireyler, psikolojik olarak sıkıntılı bir süreçte olan bireyler ve sağlıklı kontrol grubu içerisinde yer alan kişiler ile karşılaştıran derinlemesine bir çalışmada Craig, Drake, Mills ve Boardman (1994) stresli yaşam olaylarının somatik semptomlar üzerindeki rolünü ve bireylerin hastalık semptomları ortaya çıkarması durumunda elde edecekleri olası ikincil kazançları incelemiştir. İkincil kazanç ihtimalinin yüksek olduğu durumlar; başka biri tarafından reddedilmeyi, kişisel başarısızlıkları, yükümlülüklere veya taahhütlere ilişkin durumları içermiştir. Örneğin; eşlerden biri evliliği bitirmekle tehdit ettiğinde, fiziksel hastalık semptomları karşı tarafta bir suçluluk, sempati, bakım verme davranışı ve tekrardan ilişkide kalma bağlılığı ortaya çıkarabilmektedir. Bunların hepsi de ikincil kazancı teşkil etmiştir. Somatik grup ile psikolojik olarak sıkıntı yaşayan grubun, semptomların ortaya çıkmasından hemen önce diğer iki gruba (fiziksel olarak hasta olan grup ve sağlıklı kontrol grubu) göre daha fazla stres verici yaşam olayına sahip olduğu istatistiksel olarak bulunmuştur. Bu bulgu, psikolojik sıkıntıların ve diğer psikiyatrik semptomların somatizasyonla ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir. Ayrıca somatik bireylerin, ikincil kazanç potansiyeli taşıyan bir yaşam krizi deneyimlemiş olma ihtimalleri daha yüksek ve bu krizleri doğrudan çözmeye

[1]Psikodinamik teoride, anksiyeteye neden olan düşünceleri ya da hisleri belirtiler ile maskeleyerek, egoyu bunlardan koruyan semptomun ana işlevi, birincil kazanç olarak adlandırılmaktadır.

yönelik girişimde bulunma ihtimalleri ise çok daha düşüktür. Aktif problem çözümü, bu psikolojik sıkıntıları diğer kişilere duyuracak ve somatik şikâyetlerin ikincil kazanç elde etmedeki etkinliğini ortadan kaldıracaktır. Bu durum Meredith için ele alındığında, kocasının işiyle meşgul olduğu ve bunun sonucunda da ihmal edildiğini hissettiği dönemlerdeki evlilik stresinin, kocasının ilgisini tekrardan kazanmak amacıyla somatik girişimleri arttırdığı düşünülebilir. Eğer Meredith, ihmal edildiğine dair hislerini doğrudan kocasına ifade etseydi, fiziksel semptomları, kocasının ilgisini ortaya çıkarmakta daha az etkili olacaktı.

Somatik semptom bozukluğu, hasta bir ebeveyni ya da diğer aile üyelerini gözlemlemeye dayanan öğrenilmiş hastalık davranışı olarak görülebilmektedir (Mai, 2004). Çocuk kendisini, sonraki süreçte davranışlarını da model alacağı hasta biri ile özdeşleştirebilir. Bu davranışlar sırasıyla, çocuğa daha çok ilgi veren ve sempati gösteren ebeveynler, öğretmenler ve sağlık alanında çalışan uzmanlar tarafından pekiştirilir. Daha sonraki süreçte çocuk, duygusal veya sosyal ihtiyaçlarını ilaç alma, doktora gitme, yatakta kalma ve hasta rolü yapma gibi davranışlar yoluyla karşılamaya çalışabilir. Birtakım somatik yakınması olan çocukların ve ergenlerin, bir kronik fiziksel hastalığı olan (Fritz, Fritsch ve Hagino, 1997) ve söz konusu hastalığı, stresi azaltmak için kullanan bir aile bireyine sahip olma olasılığı daha yüksektir. Meredith net bir şekilde bu risk faktörüne sahiptir. Anneannesi, geçirdiği felçten sonra oldukça hareketsiz kalmıştır. Meredith, anneannesinin aldığı özel muameleyi ve ilgiyi gözlemleyerek büyümüştür. Muhtemelen bu özel ilginin özlemini çekmiştir.

Ayrıca, çocukluk döneminde yaşanan sıkıntılı süreçler de somatik semptom bozukluğunun gelişiminde rol oynayabilmektedir. Çocukluk dönemindeki cinsel istismar yaşantısı, bu bozukluk ile ilişkilendirilmiştir (Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger ve Grabe, 2008). Genel olarak, birden çok somatik semptomu olan kişilerin, çocukluk dönemlerine dair daha fazla cinsel, fiziksel veya psikolojik istismar gibi travma yaşantısı rapor etmeleri muhtemeldir (Roelofs ve Spinhoven, 2007).

Somatik semptom bozukluğuna sahip bireylerde, cerrahi müdahaleyi ya da hastaneye yatırılmayı gerektiren bir çocukluk hastalığı geçmişinin olma ihtimali daha yüksektir (Craig ve ark., 1993). Ancak, bu çocukluk hastalığı geçmişi, sadece ebeveyn ihmali ya da ebeveynlerin bakım verme davranışlarını engelleyen bir ebeveyn hastalığı ile birleştiğinde yetişkinlikte görülen somatizasyon ile ilişkili olmaktadır. Çoğu zaman, ebeveyn ihmali çocukluk dönemi hastalığından önce gelmektedir. Bu durum bazıları için, çocukluktaki hastalığın, çocuğun tepkisiz veya geri çekilen bir ebeveynden umutsuzca beklediği ilgi ile sonuçlanabildiğini ileri sürmektedir. Bu deneyim, çocuğa duygusal gereksinimlerinin karşılanmasının tek yolunun, hasta olduğu dönemdeki bakım ve ilgi olduğunu öğretebilir. Bunun çarpıcı bir örneği, Craig ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan kadınlardan birinin deneyimidir (1993). Bu kadın 12 yaşındayken bakım evine konulmuş, annesini ziyaretlerde bile görememiştir. Annesi ile iletişime geçtiği tek an, 15 yaşındayken böbrek rahatsızlığı nedeni ile hastaneye yatırıldığı ve annesinin onu ziyaret ettiği an olmuştur. Meredith, ihmal edilmemiş olsa da aileden dışlanmış ve annesi için önemsiz olduğunu hissetmiştir. Annesinden en sevgi dolu ilgiyi, fiziksel belirtilerden şikâyet ettiği zamanlarda almıştır. Bu örüntü, Meredith'in semptomlarının gelişimine katkı sağlamıştır.

Bazı çalışmalar, özgül somatik belirtileri incelemiştir. Harris (1989), menoraji (aşırı kan kaybedilen menstrüasyon) için tıbbi tedavi arayan kadınlarla, yaşam olaylarının bu belirti ile nasıl ilişkili olabileceğini değerlendirmek amacıyla görüşmüştür. Menoraji semptomları

olan kadınların yarısından fazlası, menstrüel bozukluğun başlamasından önceki 12 aylık dönemde boşanma, erkek arkadaşından ayrılma gibi acı verici bir yaşantı deneyimlemiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise yüzde 30'u bu tür yaşantılar deneyimlemiştir. Menoraj semptomları olan kadınlar, kayıplarına ilişkin verdikleri tepkileri anlatırken, ağrılarından ve hissettikleri yıkımlardan bahsetmiştir. Bu kadınlar, kayıptan sonra ve menorajinin başlamasından önceki dönemde depresyona girdiklerini ifade etmiştir. Yoğun vajinal kanaması olan kadınların yüzde 58'ine histerektomi yapılmıştır. Histerektomi uygulanan kadınların yüzde 40'ında, herhangi bir organik patoloji belirtisi olmayan uterus (rahim) bulunmuştur. Yüzde 32'lik farklı bir grup kadında ise, yoğun kanamaya neden olan herhangi bir durum bulunamamıştır. Menoraji tedavisine başvuran kadınların gerçekte daha fazla menstrüel kanama mı deneyimledikleri, yoksa daha fazla kanama mı algıladıkları net değildir. Bazı araştırmacılar, duygusal sıkıntı ile ilişkili olan otonom sinir sistemindeki uyarılmanın, kan damarlarının genişlemesine neden olabileceğini, bu durumun da kan akışını arttırabileceğini ileri sürmüştür. Meredith'in menoraj semptomları, kocasının kendisini boşamasından sonra başlamıştır. Bu kayba, depresyon ve akut sıkıntı ile tepki vermiştir. Ayrıca, histerektomisinde herhangi bir patoloji olduğuna dair bir bulgu bulunamamıştır. Muhtemelen evliliğinin kaybı ve onu takip eden depresyonu, yoğun adet kanamaları ile ilişkilidir.

Genetik faktörler de somatik semptom bozukluğunda rol oynayabilmektedir. Biyolojik ebeveynleri psikotik davranışlara sahip ya da sabıkalı olan kadınlar ile akrabalık ilişkisi bulunmayan kişiler tarafından evlatlık alınmış olan kadınlar, daha yüksek oranda somatizasyona sahiptir (Mai, 2004). Somatik semptom bozukluğuna sahip kadınların babalarının, antisosyal kişilik bozukluğa sahip olma olasılığı daha yüksektir. Ancak, ikiz çalışmalarından elde edilen sonuçlar karışıktır. Öncül çalışmalar, somatize olan insanların kan dolaşımındaki triptofan düzeylerinde anormallikler olduğunu göstermiştir (Rief ve ark., 2004). Triptofan duygu düzenleme ile ilgili olan seretonini üretmek için beyinde kullanılan bir amino asittir. Bir başka çalışmada ise ciddi somatoform teşhisi bulunan kadınlarda, beynin belirli bölgelerinde anormal derecede düşük glikoz metabolizması olduğu bulunmuştur; bu durum bu alanların normalin altında çalıştığını göstermektedir (Hakala, Vahlberg, Niemi ve Karlsson, 2006).

Tedavi

Somatik semptom bozukluğu üzerine yapılmış psikofarmakolojik araştırmalar, antidepresanların ağrıyı, diğer somatik semptomları ve bu semptomlarla ilişkili güçsüzlüğü (disability) azaltmada faydalı olduğunu ileri sürmektedir (Mai, 2004; Menza ve ark., 2001). Antidepresanların, depresif ruh hâline sahip olmayan bireylerde bile etkili olduğu görülmektedir. Ancak, somatik semptomlarının psikolojik kökenli olduğunun ima edilmesi nedeniyle bazı hastalar antidepresan kullanmaya karşı dirençlidir. Somatik bozukluğa ek olarak, eş tanılı depresyon veya anksiyete de söz konusu ise bu sorunlar da ilaç veya psikoterapi ile tedavi edilebilir.

Somatik semptom bozukluğuna sahip hastalar, doktorlarının psikiyatrik tedavi aramaya dair tavsiyelerine uyma noktasında, genellikle Meredith gibi gönülsüzdür. Hastanın psikoterapiye karşı tutumu, tedavinin uzun vadeli etkinliğini etkiler; psikoterapiyi daha fazla kabul eden hastalar, tedaviden sonraki bir yıllık izlemde daha iyi semptom derecelendirmesine sahiptir (Timmer, Bleichhardt ve Rief, 2006).

Psikiyatrist ve hekim birlikte çalıştığında, hastanın uyumu ve memnuniyeti daha olasıdır. Başarılı sağlık yönetimi, organik koşulları ortadan kaldırmaya yönelik uygulanan kapsamlı bir tıbbi değerlendirmeyi (daha fazla değil) içerir; vitaminler, losyonlar, bantlar ve tıbbi askılar gibi tehlikesiz tedavilerin kullanımı, hastanın "tedaviden yüzünün akı ile çıkmasına (save face)" izin verir ve hastayı, tanı almaya odaklanmaktan uzaklaştırır (Fritz ve ark., 1997). Doktor, tanı koymaktan kaçınırken aynı zamanda hastanın somatik şikâyetlerini tıbbi bir dilde açıklayabilir (Fishbain, Lewis, Gao, Cole ve Rosomoff, 2009). Doktor, herhangi yeni bir semptomu değerlendirmek için düzenli görüşmeler ayarlamalı, test ve tıbbi tedavileri kullanmaktan kaçınırken hastayı fiziksel olarak incelemelidir (Looper ve Kirmayer, 2002). Bu yöntem, doktor doktor dolaşmayı ve sağlık harcamalarını, aynı zamanda da test ya da tedaviden kaynaklanan sakatlanma veya komplikasyon risklerini azaltır. Dr. Griffin bu yöntemi Meredith ile etkili bir şekilde kullanmıştır. Düzenli randevu takvimi Meredith'e, semptomlarını uzmanlara başvurmadan, gereksiz ve potansiyel olarak tehlikeli prosedürlere tabi tutulmadan değerlendirme şansı vermiştir.

Hastalar, genellikle semptomlarına dair gerçekliğin doktorları tarafından inkâr edildiğini hissetmektedir (Salmon, Peters ve Stanley, 1999). Ancak semptomlarına ilişkin kendi önerdikleri açıklamalar, doktorları tarafından hemen kabul edildiğinde de tatmin olmamaktadır. Bu durum, doktorlarının yeterliliğine ve açıklığına olan güvenlerini zayıflatmaktadır. En başarılı hasta-doktor etkileşimi; doktor, hastanın ağrısını meşrulaştırdığında ve bu durumdan dolayı hastayı sorumlu tutmayan bir açıklama ileri sürdüğünde (Bu açıklama, ayrıca hastaların bulundukları durumu yönetmesi için yol gösterir) gerçekleşmektedir.

Bireysel veya grup terapisi olarak uygulanan bilişsel-davranışçı terapi (BDT), semptomların iyileştirilmesinde ve sağlık giderlerin azaltılmasında etkili olan diğer bir tedavi yöntemidir (Lidbeck, 2003; Looper ve Kirmayer, 2002; Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007). BDT tipik olarak problem çözme, stresle baş etme, sağlık eğitimi, güvenli davranış geliştirme/atılganlık egzersizleri, duygu ifadelerinin teşvik edilmesi ve fiziksel rahatsızlıkla baş etmek için gevşeme egzersizleri üzerine odaklanmaktadır (Woolfolk ve Allen, 2010). Ayrıca, bilişsel-yeniden yapılandırma ve dikkatin fiziksel semptomlardan farklı bir tarafa çekilmesi de kullanılmaktadır. Sonuç olarak, hasta rolü yapmanın getirileri ve götürüleri keşfedilir ve yeni alternatif yöntemler geliştirilir. Birinci basamak hekim (aile hekimi, pratisyen hekim) tarafından sağlanan sağlık yönetimi ile birlikte uygulanan bu tedavinin, somatik belirti bozukluğunun tedavisinde etkili bir yaklaşım olduğu görünmektedir.

Tartışma Soruları

1. Meredith'in çocukluk yıllarından deneyimlediği hangi yaşantılar, somatik semptom bozukluğunun ortaya çıkmasında önem taşıyordu?
2. Dr. Edwards, psikolojik tedavi alması hususunda Meredith'i ikna edemedi. Sizce, Dr. Edward ikna etmek için yeterince çabaladı mı? Sizce, Meredith terapiden faydalanabilir miydi, yoksa tek başına sağlık yönetimi yeterli miydi?
3. Mevcut olan somatik semptom bozukluğunun teşhis edilememesi, hastalara ne şekilde zarar verir? Olmayan bir somatik semptom bozukluğunun teşhisi, hastalara hangi şekilde zarar verir?
4. Somatik semptom bozukluğu olan hastalar, birinci basamak hekimler için nasıl özel zorluklara neden olurlar? Bu hastaların tedavisini güçleştiren şey özellikle nedir?

BÖLÜM 13*

Yeme Bozukluğu: Anoreksiya Nervoza

Joan, iyi bir iş ve aile hayatına sahip olan 38 yaşında bir kadındı. İkinci kocası Mitch, birinci evliliğinden olan 16 yaşındaki oğlu Charlie ve kocasının önceki evliliğinden olan 18 yaşındaki kızı ile birlikte yaşıyordu. Joan, bir üniversitede sekreter olarak çalışıyordu. Mitch ise geçici bir federal çalışanıydı. Joan, 160 cm boyunda ve yaklaşık 56 kiloydu. Her ne kadar kilosu konusunda endişelense de şimdiki tutum ve davranışları, anoreksiya nervoza tanısı aldığı birkaç yıl öncesine göre çok daha makuldü.

Joan, 29 ila 34 yaşları arasındaki dönemde ciddi olan bir yeme bozukluğu ile mücadele etti. Sonrasında 30 gün hastanede yattı. Hastanede kaldığı dönemde aldığı tedavi, yeme problemlerinin üstesinden gelmesinde ona yardımcı oldu. Dört yıl sonra durumu daha iyiye gitmeye devam etti.

Sosyal Geçmiş

Joan, büyük bir kuzeydoğu şehrinin dışında yer alan bir kenar mahallesinde dünyaya geldi. Erkek kardeşi kendisinden 2 yaş küçüktü. Babası, uçaklar üzerine çalışan taşeron bir firmada süpervizör olarak çalışmaktaydı. Annesi, çocuklar küçükken evde kalıyordu; sonraki süreçte ise yarı zamanlı garson ve muhasebeci olarak çalıştı. Her iki ebeveyn de ortalama bir kiloya sahipti.

Joan'ın erken dönem çocukluğu sıradandı. Ortalamanın üstünde bir öğrenciydi ve okulunu seviyordu. Erkek kardeşi ile tartışırdı ancak, anlaşmazlıkları alışılmış kardeşler arası rekabetin ötesine geçmezdi. Ailesi bir sürü çocuğun olduğu büyük bir semtte yaşıyordu. Joan, ilkokul döneminde oldukça kiloluydu. Yüksek kişisel standartlara sahipti ve mükemmel bir çocuk olmak için çabalıyordu. Her zaman doğru olanı yapmaya çalıştı ve ailesinin isteklerinin tümünü karşıladı. 14 yaşında olduğu ve dokuzuncu sınıfa başladığı dönemde, ailesi bir trajedi yaşadı ve bu trajedi, Joan'ın hayatını sonsuza kadar değiştirdi.

Annesi ve babası işteyken 12 yaşındaki erkek kardeşi ile birlikte evdeydi. Erkek kardeşi, bakım gerektirmeyecek kadar büyük olsa da, Joan'ın ona göz kulak olması

Çeviren: Klinik Psikolog Kerim Selvi

gerekiyordu. Yanında bir arkadaşı vardı ve iki kız Joan'ın odasında oturuyordu. Dışarıdan gelen yüksek bir ses duydu ve pencereden dışarıya baktı. Kardeşinin ölü bir şekilde yol ortasında yerde yattığını gördü. Bir araba kardeşinin üstünden geçmişti. Yıllar geçtikçe hissettiği duyguların yoğunluğu azalsa da, kardeşinin ölümüne ilişkin suçluluğu yetişkinlik dönemine kadar devam etti.

Bu kazadan sonra, ebeveynleri değişti. Aşırı derecede korumacı oldular. Joan "her zaman bir tasması varmış" gibi hissetti. 14 yaşından itibaren artık normal bir çocukluğu yoktu. Arkadaşları ile dışarı çıkamadı, uzun süre evden uzakta kalamadı ya da arabayı alarak evden gidemedi. Ebeveynleri nerede olduğunu ve ne yaptığını bilmek istediler. Ayrıca, sıkı bir sokağa çıkma yasağı koydular. Joan geç kalması durumunda, ebeveynlerinin endişeleneceğini biliyordu ve bu nedenle, her zaman erken saatlerde evde olmaya çalıştı. Kendisine ne söylendi ise onu yapmak için özel bir çaba sarf etti. Ebeveynlerinin yanında kalması gerektiğini hissettiğinden fazla dışarı çıkmadı. Böylece ebeveynleri Joan'nın iyi ve hayatta olduğunu bileceklerdi.

Lisenin geri kalan dönemi sıradandı. Joan ortalama notlar alıyor ve diğer kişiler ile iyi anlaşıyordu. Kardeşinin ölümünden sonraki yaz ayında, 15 yaşındayken, o dönemde 17 yaşında olan erkek arkadaşı ile tanıştı ve çıkmaya başladılar. Randy'nin arabasının olmasının da kısmi etkisiyle ebeveynleri ilk başta bu ilişkiden memnun kalmadılar ve Joan'ın onunla gezip tozmasını istemediler. Joan ilk aylarda Randy ile gizlice buluşmak zorundaydı. Randy'yi daha iyi tanıdıktan sonra ailesi onu sevmeye başladı ve böylece ilişkilerini açıkça yaşayabildiler. O dönemlerde Joan, kardeşinin ölümünü hatırlattığı için arabanın içindeyken suçlu hissetmeye devam etti. Kendisine bir şey olması durumunda, ailesinin korkunç derecede acı çekeceğini bildiği için sıklıkla evde kaldı.

Liseden sonra Joan, iki yıllık ticaret okuluna devam etti ve Randy ile nişanlandı. Mezun olduktan sonra ise evlendiler. Evliliği başladığında 19 yaşındaydı ve ilk tam zamanlı işi, bir sağlık ocağında sekreter olarak çalışmasıydı. O zamana kadar, babası yarı zamanlı çalışmasına hiçbir zaman izin vermemişti ve tüm ihtiyaçlarını karşılama hususunda ısrarcı davranmıştı.

Evliliği yasal olarak 6 yıl sürmüş olsa da ilişkilerinde problem olduğu, ilk 9 ay içinde açık bir şekilde ortaya çıkmıştı. Kocası ile ilgileniyordu, ancak onu sevmiyordu. Randy'yi aile evinden bir kaçış yolu olarak kullandığını sonraki süreçte fark etti. Sadece, bir bağımlı ilişkiden diğer bir bağımlı ilişkiye zıplamış gibi hissetti. Evdeyken ailesi her şeyi sağlıyordu. Şimdi ise Randy onunla ilgileniyordu. Joan, kendisine nasıl bakacağını bilmediği için endişeleniyordu. Tüm bu olumsuz duygulara karşın, Joan ve Randy evliliklerini yürütmek için çaba sarf ettiler. Düğünden bir yıl sonra ev satın aldılar. İki yıl sonra Joan, kazara hamile kaldı.

Hamilelik sürecinde 36 kilo aldı. Charlie doğduğunda, Joan 91 kiloydu. Sonraki birkaç ay içinde, kilo vermekte zorlandı ancak sonunda 64 kiloya kadar düştü. Her ne kadar bu kilo artışına uyum sağlaması zor olsa da, "güvende" hissettiği için kilosunu değiştirmeye çalışmadı. Charlie doğduktan 2 yıl sonra Joan ve Randy ayrıldı. Zaman zaman birbirlerini görmeye devam ettiler ve sonraki birkaç yıl boyunca çeşitli dönemlerde evlilik danışmanlığına başvurdular. Ancak farklılıkları hususunda uzlaşamadılar

ve Randy sonunda farklı bir eyalete taşındı. Joan 25 yaşındayken, evlilikleri resmî olarak sonlandı.

Randy ile ayrıldıktan kısa bir süre sonra, Joan çalışmayı bıraktı ve sosyal yardım desteği almaya başladı. Babasının finansal yardımı ile evinin ödemelerini birkaç ay boyunca devam ettirmeyi başardı. Joan ve Charlie tek başlarına yaşamaya devam etti. Ancak, Randy ile bazı sorunları düzeltmeye çalışırken, Joan daha da borçlandı. Boşanma süreci tamamlandığında evini satmak zorunda kaldı. Bu kararına ilişkin pişmanlık yaşasa da, ailesinin evine geri taşındı. Ailesinin evinde yaşamak Joan için stres vericiydi. 25 yaşında olmasına karşın çocuk gibi hissetti. Ailesi bir kez daha Joan'ın bakımını üstlendi ve artık Charlie ile de ilgileniyorlardı. Bu itaatkâr rolü içerisinde Joan, annesi gibi hissetmekten ziyade Charlie'nin ablası gibi hissetmeye başlamıştı.

Ailesinin evine taşındıktan 6 ay sonra, Charlie'nin de içinde bulunduğu bir trafik kazası geçirdi ve bu kazanın sonrasında birkaç kilo kaybetti. Charlie yaralanmamıştı ancak, Joan'ın sol kalça kemiği ve bacağı kırılmıştı. Hastanede bir ay kaldı. Eve döndüğünde hareketsiz kaldı. Annesi, kendisine ve Charlie'ye daha fazla bakmak zorunda kaldı. Dizinde tekrarlanan ameliyatın yanı sıra, kapsamlı fizik tedaviye de ihtiyacı vardı ve nasıl yürümesi gerektiğini yeniden öğrenmek zorunda kaldı. İyileşme sürecinde istemli olarak diyet yapmasa da iştahı düşüktü, midesi bulanıyor ve çok yiyemiyordu. Kilosu, makul olarak değerlendirdiği 50 kiloya düştü.

Sakatlıkları iyileşirken, hastanenin rehabilitasyon programlarından birinde tanıştığı Jack adındaki bir erkek ile ilişkiye başladı. Artık 27 yaşındaydı. Ailesinin aşırı korumacı evinden kaçmak için, Charlie'yi alıp Jack'in yanına taşınmaya karar verdi. Aslında bu hareket çözülenden daha fazla problem yarattı; bunun nedeni ise, büyük ölçüde Jack'in ciddi alkol probleminin olmasıydı. Joan, hiçbir zaman çok içen biri olmamıştı. İlişkilerinin başlarında, Joan sadece hafta sonları sarhoş oluyordu. Jack ile yaşamaya başladıktan sonra, alkol alma günlük bir aktivite hâline geldi. İlişkilerinin ve sosyalleşmelerinin çoğunluğu alkol etrafında dönüyordu. Joan hafta içi normal bir günde birkaç bira, biraz şarap ya da bir veya iki bardak viski içiyordu. Hafta sonları ise daha fazla alkol alıyordu. Charlie yuvada veya bebek bakıcısının yanında gitgide daha fazla bırakılıyordu. Joan, bu ilişkinin yıkıcı doğasını en sonunda fark etti ve birkaç ay sonra bu ilişkiyi bitirdi. İstemese de ailesinin evine geri döndü. Jack'i terk ettikten sonra sosyalleşmek için dışarıya çıktığı durumlar haricinde alkol almayı bıraktı.

Yeme Bozukluğunun Başlangıcı

Jack'ten ayrıldıktan sonra iki yıl daha ailesi ile birlikte yaşadı. Geçirdiği kazadan yaklaşık 3 yıl sonra, 29 yaşındayken, bacağından geçireceği yeni bir ameliyat için hastaneye geri döndü. Taburcu olduktan sonra, 5 yıllık ciddi yeme bozukluğunun başlamasına neden olan ve neredeyse hayatını mahfeden malum diyete başladı. Yoğun alkol aldığı dönemlerde birkaç kilo almıştı ve artık 57 kiloydu. Ameliyat son-

rasındaki iyileşme sürecinde hareketsiz kalması sebebiyle daha fazla kilo alacağı için endişeliydi.

Diyeti baştan itibaren katıydı: Bütün yiyecekleri ölçüp tarttı. Bir yıl içinde 45 kilodan daha az kiloya düştü. Gıda alımı önemli ölçüde kısıtlanmıştı. Gündüzleri sadece yağsız süt ve yapay tatlandırıcı içeren kahve içiyordu. Bazen, bir parça meyve veya kepekli çörek tüketiyordu. Charlie ve ebeveynleri ile birlikte akşam yemeği yediğinde, Joan tabağına normal miktarda yiyecek alsa da tabağındakileri yemek yerine onlarla oynuyordu. Akşam yemeğinden sonra genellikle banyoya gidip, yediği küçük miktardaki yiyeceklerden kurtulmak için müshil kullanıyordu. Et, ekmek veya nişastalı gıdaları nadiren yiyordu. Büyük bir kısmı liften ve sudan oluştuğu için meyve ve sebze tercih ediyordu. Her ne kadar yemek yemek için kendine izin vermese de aç hissediyordu, hatta çoğu zaman açlıktan ölüyordu. Sürekli yiyecek düşünüyor, tüm zamanını yemek tarifleri ve sağlık kitapları okurken harcıyordu. Ayrıca, ailesi için özenli bir şekilde yemekler hazırlıyordu.

45 kilodan daha az bir kiloya sahip olsa da, kendini hâlâ aşırı kilolu hissediyor ve daha fazla kilo vermesi durumunda daha iyi görüneceğine inanıyordu. Şişmanlamaktan aşırı derecede korkuyordu; zira kilo alması durumunda bunun anlamının artık mükemmel olmadığı anlamına geleceğine inanıyordu. Örnek bir kişi, herkesin istediği ve hayal ettiği bir kişi, olmak için çabalıyordu. Kendisi için ne istediğini çok az düşünüyordu. Kilosu ve vücudu dışında hayatındaki her şeyin, kendi kontrolü dışında olduğunu hissediyordu. Yeme davranışı üzerinde böylesine sıkı bir öz kontrol kurabildiği için kendisi ile gurur duyuyor ve başarılı hissediyordu.

Kilo verdikçe, beslenme yetersizliği nedeniyle bir dizi fiziksel etki deneyimledi. Menstrüal döngüsü durdu, karaciğerinde problemler oluştu, derisi kurudu ve esnekliğini kaybetti, saçları artık sağlıklı değildi ve ayakta durduğunda sıklıkla başı dönüyordu. Bu dönemlerde, Joan üniversitenin tıp fakültesinde sekreter olarak çalışıyordu. İş arkadaşlarından bazıları görünüşündeki köklü değişimi fark ettiler ve onun için endişelendiler. Çalıştığı birimdeki dâhiliye uzmanı, semptomların anoreksiya nervoza semptomları olduğunu fark etti ve Joan'nın yardım alması için çaba sarf etti. Joan, yeme bozukluğu destek grubuna katılmayı kabul etti, hatta iş arkadaşlarını yatıştırmak için bazı terapi seanslarına gitti. Ayrıca üniversite hastanesindeki bir diyetisyene danışarak bir yeme planı üzerinde çalıştı. Davranışlarının normal olmadığını düşündüğü zamanlar vardı, ancak çoğu zaman kilosunu ve iştahını kontrol etme kabiliyetini, güçlü olmasının bir işareti olarak değerlendiriyordu. Üniversitedeki başka bir birime nakledildiğinde, terapiyi bıraktı ve kısıtlayıcı diyetine geri döndü.

Ailesi, anormal yeme alışkanlığının ve aşırı kilo kaybının farkındaydı. Joan'ın sağlığı konusunda oldukça endişeliydiler. Bu konu hakkında daha fazla konuşmaya çalıştıklarında, Joan onların bu söylemlerine daha da dirençli karşılık veriyordu. Yemeye ilişkin tartışmalar sıklaştı ve ev içerisindeki gerilim önemli ölçüde yükseldi.

Yeme bozukluğunun başlangıcından bir buçuk yıl sonra Joan, Charlie ile kendi evine taşındı. Ebeveynleri ile yaşadığı anlaşmazlıklar bu kararında büyük ölçüde et-

kili oldu. Diyete devam etti ve artık 41 kiloydu. Charlie'nin de diyeti kısıtlanmıştı; bunun bir nedeni evde çok az yemek olmasaydı. Joan, kendisini markete zorlukla götürüyordu. Markete gittiği zamanlarda ise normal davranmak için çaba sarf ediyor ve market içinde dolaşarak market arabasına yiyecekler koyuyordu. Ancak sıra ödemeye gelince aslında çok bir şey alamıyordu. Aldığı yiyeceklerin kötü olduğuna ve para israfı olduğuna inanıyordu. Bir şey satın almak yerine, reyonlar arasında dolaşıyor, alışveriş sepetindeki şeylerin çoğunu yiyordu. Mantığına göre, market içerisindeyken yenilen yiyeceklerin ödenmesi anlamsızdı.

Ne zaman bir şeyler alsa, tıkınırcasına bunları yiyordu. Öğleden sonra iki düzine donat (şekerli çörek), yaklaşık iki kiloluk şekerleme ve biraz da dondurma yiyordu. Sonrasında ise bu yediklerinden kurtulmak için 20-30 adet müshil kullanıyordu. Bazı zamanlarda, diş fırçasını boğazına sokarak kendisini kusturuyordu ancak, çoğunlukla müshil almayı tercih ediyordu. Birkaç hafta boyunca hiç tıkınırcasına yemiyor, arda kalan haftalarda ise bir veya iki kere tıkınırcasına yiyordu. Tıkınırcasına yediği günler arasında ise, sadece biraz meyve yiyor ve biraz da sıvı alıyordu.

Joan'ın yeme sorunları sonraki 5 yıl boyunca devam etti. Bu dönemde kilosu 41 kg ile 48 kg arasında dalgalandı. Bazı zamanlarda normal beslendi ancak, sonraki süreçte aylarca neredeyse hiçbir şey yemedi. Terapiye gitmeyi denedi ancak, davranışını değiştirme konusunda ciddi ve tutarlı olamadı. Yaşamı hız treni gibiydi; nispeten sağlıklı beslenme, kısıtlayıcı beslenme, tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi (bingeing ve purging) örüntüleri arasında gidip geliyordu. Diyetinin büyük bir kısmı diyet soda, su ve kahve gibi sıvılardan oluşuyordu. Bazı durumlarda iştahının etkisini ortadan kaldırmak için bira içiyordu. Zayıf olduğunda kilosundan çok memnun oluyordu ancak, fiziksel olarak korkunç hissediyordu. Çoğu zaman güçsüz hissediyordu. Ayrıca, diğer insanlar sürekli olarak kendisinin çok zayıf olduğunu söylüyordu. Ancak, ona göre kendisi hâlâ çok kiloluydu.

Yeme bozukluğunun başlangıcından yaklaşık 3 sene sonra, 32 yaşındayken, kilisedeki toplantıların birinde Mitch ile tanıştı ve çıkmaya başladılar. Mitch, Joan'ın geçmişindeki diğer tüm erkeklerden farklıydı. Gerçekten Joan ile ilgileniyor ve Charlie'yi de seviyordu. Mitch ile tanıştığı dönemde Joan'ın kilosu 45-48 kg arasında bir yerdeydi ve bu kilo o dönemki en yüksek kiloydu; bu nedenle yeme problemleri Mitch tarafından hemen fark edilememişti.

Ne yazık ki çıkmaya başladıktan kısa bir süre sonra, Joan bir kez daha beslenmesini kısıtlamaya başladı ve dolayısıyla kilosu hemen düşük bir seviyeye indi. Mitch, Joan'ın davranışlarındaki ve görünüşündeki bariz değişikliği fark etti. Tepkisi, hâlden anlayan bir tavırdaydı. İlişkileri güçlendikçe Mitch, Joan'ın farklı hissetmesi için yardım etmeye çalışıyordu. Kilosu ve ne kadar az yemek yediği hakkında sık sık konuştular. Mitch, Joan'ın sağlığı konusunda büyük endişe duyduğunu ifade etti, kilo alması için nazik bir şekilde ricada bulundu ancak kısıtlayıcı yeme alışkanlıkları bu ilişkinin gelişimine eşlik eden diğer psikolojik faydalara karşın devam etti. Mitch ile çıkmaya başladıktan bir yıl sonra, ince bağırsağındaki iki kistin alınması için büyük bir karın ameliyatı gerekti. Ameliyat sırasında cerrah,

Joan'ın başka problemlerinin olduğunu ve tüm bağırsak sisteminin bozulduğunu gördü. Joan hastaneden taburcu olduktan sonra, kilosu neredeyse 39 kiloya düştü. İlk başta gücünü tekrar kazanmak için makul oranda yedi. İki ay sonra artık daha iyi hissediyordu, işine geri döndü ve kısıtlayıcı diyetine tekrar başvurdu. Ancak bu kez, Mitch ve kendi arkadaşları, kendisini bilerek uzun süre aç bırakan bu örüntüye izin vermeyeceklerdi.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Mitch ve Joan'ın tıp fakültesinden bir arkadaşı, Joan için yardım aradılar. Joan, problemleri ile yüzleşmediği sürece sorunlarından kurtulamayacağını fark ederek, bir yeme bozukluğu uzmanıyla görüşmeyi kabul etti. Verdiği en zor kararlardan biri olmasına karşın, psikiyatri kliniğinde 30 gün yatmayı kabul etti. Artık 34 yaşındaydı.

Hastanede diyeti tamamen kontrol altına alındı. Günlük 1500 kalorilik diyete başlatıldı ve bir personel refakatinde günde üç öğün yemesi istendi. Telefon ile iletişim kurma ayrıcalık, ziyaretçileri ve klinik dışı gezintileri yemek yemesine bağlıydı. Kilo alımı için özel hedefler belirlendi ve kalori alımı aşamalı olarak artırıldı. Klinikteki bir psikolog ile kendisi hakkındaki hislerinin ele alındığı bireysel terapi seanslarına katıldı.

İlk başlarda hastanede yatma süreci Joan için zorluydu. Başlangıçta, kahvaltıda yemesi gereken yiyecek miktarı (iki krep, bir kase mısır gevreği, bir bardak süt, bir meyve ve bir parça tost) birçok gün boyunca devam etti. İlk dönemlerde isyankârdı. Yemek yemeyi reddediyor ve yemeklerini diğer hastalara veriyordu. Hastanede kaldığı ilk 10 günde herhangi bir ayrıcalık elde edemedi. Yeme alışkanlığı olmadığı için kabızlık, şişkinlik ve hazımsızlık yaşadı. Bazen yediklerinden kurtulmak için kusmaya çalıştı, ancak başarılı olamadı. Sonunda, başka seçeneği olmadığı gerçeğini kabul etti ve 7 kilo aldı. Fiziksel olarak daha güçlü hissetti, ancak yine de sıkıntı yaşıyordu. Hastaneden ayrılır ayrılmaz kilo vereceği yönünde kendini ikna ediyordu.

Tedavinin üçüncü haftasında, eve gitmek için izin aldığı bir günde tutumunda önemli bir değişim gerçekleşti. Hastanenin dışında, sanki kendine bakamayacak kadar zayıf olduğunu düşünerek kontrolünü kaybettiğini hissetti. Mitch'den hemen kendisini hastaneye geri götürmesini istedi. Güvenli bir şekilde hastanedeki odasına geri döndü, ağladı ve hiçbir zaman daha iyi olamayacakmış gibi hissetti. Bu kırılgan deneyim, yeme davranışını değiştirmesi gerekliliğini anlamasına, aynı zamanda kilo kontrolü ve fiziksel görünüme ilişkin tutumlarını fark etmesine yardımcı oldu. Her nasılsa 30 günün sonunda Joan hastaneden ayrılmak için gereken gücü kendisinde buldu. İlk başta korktu ancak Mitch ve ailesinin desteği ile normal yeme örüntüsünü sürdürebildi. 6 ay boyunca terapiye devam etti ve böylece 7 kilo daha alabildi.

Hastanede kaldığı dönemde Joan, sorunun asıl kaynağının yemeye ve kendi vücuduna ilişkin tutumları olduğunu öğrendi. Geçmişte en kötü düşmanı kendisi olmuştu. Yemek yeme konusunda aşırı derecede kısıtlayıcı olmaksızın kilosunu

kontrol edebileceğini öğrendi. Kendisi ve yiyecekler hakkında daha farklı hissetmeye başladı. Tam olarak nelerin değiştiğini saptayamasa da, artık diyet ve kilo kontrolü konusunda çok düşünmeyen biri hâline gelmişti.

Tartışma

Anoreksiya Nervoza *DSM-5* (APA, 2013) içesinde tanımlanan beslenme ve yeme bozukluklarından biridir. Anoreksiya nervoza; aşırı kilo kaybı, kilo alma korkusu ve kişinin kilosunu düşünmesiyle ilgili problemlerle nitelendirilmektedir. Anoreksik hastaların yaklaşık yüzde 90-yüzde 95'i kadındır. Bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı, beyaz ırktaki kadınlar için yüzde 1,4 ile yüzde 2 arasında değişmektedir (Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik ve Fairburn, 2006). Bu bozukluğa sahip insanların yaklaşık yarısı, zamanla herhangi bir semptom göstermemeye başlar ve diğer yüzde 25'lik kısım ise iyileşir. Ancak, bu bozukluğun seyri kronik olabilmekte ve kişilerin yüzde 5'i açlıktan ölmektedir (Steinhausen, 2002). Ayrıca, hastalığın ortaya çıkardığı bedensel komplikasyonlardan ve intihardan kaynaklı ölümler de vardır. Ciddi derecede beslenme yetersizliği olan hastaların kilo alımı için dikkatli tıbbi denetim, yeniden besin alındığında vücutta ortaya çıkan fosfor ve elektrolit düzeylerinde çok hızlı değişimlerden kaynaklanan ölüme ve diğer ciddi komplikasyonlara neden olan yeniden beslenme sendromunu önlemek için gereklidir (Katzman, 2005). Osteoporoz, anemi ve tehlikeli bağışıklık fonksiyonları gibi komplikasyonlar da bu hastalıkta yaygındır (Misra ve ark., 2004).

DSM-5 (APA, 2013), iki tip anoreksiya nervoza tanımlamaktadır. Anoreksiya dönemlerinde eğer kişiler düzenli olarak tıkınırcasına yeme veya tıkınırcasına yedikleri yiyecekleri uygunsuz telafi etme davranışları (kusma veya müshil kullanımı yoluyla) ile boşaltma örüntüsü göstermiyorlar ise, bu bireyler *kısıtlayıcı tip* olarak değerlendirilir. Joan'ın davranışları ile tutarlı olan *tıkınırcasına-yeme/uygunsuz-telafi tipi* ise, anoreksiya döneminde düzenli olarak tıkınırcasına yeme nöbetlerini veya uygunsuz telafi edici davranışları kapsamaktadır. Anoreksiya nervoza hastalarının yaklaşık yarısı, bulimik semptomlara da sahiptir ve kabaca, bulimiya nervoza hastalarının üçte birinde anoreksiya öyküsü vardır. Birkaç yıl takip edildiğinde, başlangıçta kısıtlayıcı tipe giren birçok kişi zamanla tıkınırcasına-yeme/uygunsuz-telafi tipine evrilmektedir (Eddy ve ark., 2002).

Araştırmalar, anoreksiya nervozanın iki alt türü arasındaki bazı önemli farklılıkları ortaya çıkarmıştır. Tıkınırcasına-yeme ve uygunsuz-telafi gösteren anoreksikler, kısıtlayıcı anoreksiklere göre daha az dürtü kontrolüne sahip olma, hastalıkları başlamadan önce daha kilolu olma, daha fazla uyuşturucu kullanma veya çalma, daha dışa dönük, cinsel anlamda daha deneyimli ve daha değişken ruh hâline sahip olma eğilimindedir (Casper ve Troiani, 2001). Aynı zamanda tıkınırcasına-yeme ve uygunsuz-telafinin varlığı, daha fazla psikolojik rahatsızlığın bir işareti ve zayıf prognozun (hastalığın sonucuna ilişkin öngörünün) bir göstergesi olarak düşünülmektedir (Van der Ham, 1997).

Genellikle anoreksiya nervoza madde kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), çeşitli kişilik bozuklukları ve özellikle de majör depresyon gibi hastalıkları içeren diğer birçok psikolojik bozukluk ile eş tanılı (komorbid) görülmektedir (O'Brien ve Vincent, 2003). Anoreksik hastaların yakınlarının, duygudurum bozuk-

luğuna sahip olma ihtimalleri yüksektir. Anoreksiyanın tıkınırcasına-yeme/uygunsuz-telafi alt tipine sahip bireylerin kişilik bozukluğuna, özellikle de sınırda kişilik bozukluğuna sahip olması muhtemeldir (Jordan ve ark., 2008). Eş tanılı (komorbid) hastalıklar genellikle klinik örneklem verilerine dayandığından çalışmalar bu hastalıkları gerçekte görülenden daha fazla rapor etmiş olabilir. Bu nedenle, bu hastalıklar tedavi aramayan anoreksikler arasında belirtildiği kadar yaygın olmayabilir (Perkins, Klump, Iacono ve McGue, 2005).

Anoreksiyalı bireyler genellikle takıntılı, uyumlu ve duygusal anlamda içine kapanık olarak nitelendirilmektedirler (Thornton ve Russell, 1997). Birçok araştırmacı ve klinisyen, mükemmelliyetçiliğin anoreksikler arasında yaygın olduğunu belirtmiştir (Franco-Paredes, Mancilla-Diaz, Vazquez-Arevalo, Lopez-Aguilar ve Alvarez-Rayon, 2005). Aşırı aktivite anoreksiyada sıklıkla görünen bir özelliktir. Bu rahatsızlığa sahip bireyler genellikle kıpır kıpır ve huzursuzdur. Ayrıca, bu bireyler aşırı derecede egzersiz yapmaktadır (Klein ve Walsh, 2004).

Joan anoreksiyanın tıkınırcasına-yeme/uygunsuz-telafi tipi için tanısal kriterleri karşılamıştır. Kendisinin neden olduğu, önemli ölçüde bir kilo kaybı deneyimlemiş; kilo almaktan yoğun bir şekilde korkmuş; vücudunun gerçek ölçülerini ve durumunun ciddiyetini fark edememiştir. Besin alımındaki ciddi kısıtlamalarla ek olarak, periyodik olarak büyük miktarda yiyecekler yiyip, sonrasında kusarak ve müshil kullanarak istenmeyen kalorilerden kurtulmaya çalışmıştır. Aynı zamanda menstrüasyon kaybı, derideki değişimler, kabızlık, düşük tansiyon, şişkinlik, karın ağrısı, su kaybı ve lanugo (ince/tüy gibi kılların gelişimi) gibi açlığın eşlik ettiği fiziksel yan etkileri deneyimlemiştir.

Anoreksiya nervozanın bazı psikolojik semptomlarının besin eksikliğinden kaynaklandığını ve bu semptomların, anoreksik kişiliğin doğal özellikleri olmadığını bilmek önemlidir. Örneğin, açlık çeken kişilerin kafaları, yiyecekler ve yemek yemek ile meşguldür. Joan gibi, bu kişiler başkaları için yemek hazırlamakta, yemek tarifi kitapları okumakta ve hatta tuhaf yemek ritüelleri geliştirebilmektedir. Anoreksiya nervozalı bireyler, yiyecekle etkileşime girerek meşgul olurken, yemek yeme konusundaki motivasyonlarını kaybederler (Veenstra ve de Jong, 2011). Yiyeceklere yaklaşmaya ve yiyecekleri tüketmeye ilişkin istekteki azlık, yiyecek alımını ciddi bir şekilde kısıtlayan şeydir. Biriktirme gibi obsesif davranışlar da görülebilir. Artan sinirlilik, kaçınma, sosyal geri çekilme ve ilgi alanlarının daralması gibi kişilik özelliklerinin aşırılığı da yaygındır (Kaye, Strober ve Rhodes, 2002).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Anoreksiya nervozanın nedenlerinin araştırılmasında biyolojik etmenler dikkate alınmıştır. Etiyolojisinde, biyolojik faktörlerin —metabolizmayı düzenleyen ve tokluğun algılanmasına aracılık eden hormonların ve nörotransmitterlerin— rol oynadığı düşünülmektedir. Tam olarak hangi faktörlerin söz konusu olduğu ve bunların etkisinin tam olarak ne olduğu henüz belirlenememiştir (Ferguson ve Pigott, 2000). Fakat genetik faktörlerin yeme bozuklukları ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Hem ikiz çalışmalarından hem de bir evlat edinme çalışmasından elde edilen bulgular, genetik faktörlerin yüzde 59 ile yüzde 82 oranında açıkladığı varyans ile kalıtsallığın

yeme bozukluğu üzerinde orta derecede etkisinin olduğunu göstermektedir (Klump, Suisman, Burt, McGue ve Iacono, 2009). Çevresel etmenler, genetik riskle etkileşerek yeme bozukluğuna neden olabilmektedir. Anoreksik bir aile bireyine sahip olmak bu hastalığa yakalanma riskini on katına çıkarır; seretonerjik sistemi düzenleyen genler buna yol açıyor olabilir (Treasure, 2007). Ancak, genetik farklılıkların anoreksiya nervoza olarak nasıl ortaya çıktığı henüz anlaşılamamıştır.

Anoreksiya nervoza tipik olarak ergenlik döneminde başladığı için bazı kuramlar bu hastalığı, ergenlik çağında ortaya çıkan fiziksel, duygusal ve bilişsel değişikliklerden kaynaklanan olgunlaşma (maturational) sorunu olarak kavramsallaştırmaktadır. Bazı klinisyenler, anoreksiyayı; cinsel ve psikolojik olgunluğa karşı direncin bir ürünü veya daha geniş anlamıyla, bireyselleşme ve aileden ayrılık ile ilgili sorun olarak değerlendirmektedir (Shoebridge ve Gowers, 2000). Anoreksik bir çocuğa sahip ailelerin etkileşimlerindeki belirgin farklılıklar düşünüldüğünde, birçok kişi ailesel etmenlerin yeme bozukluğuna neden olacağını belirtmiştir. Ancak ailelerdeki bu özellikler, belki de çocuktaki bozukluğun başlamasının bir sebebi olmaktan ziyade, ciddi bir yeme bozukluğu olan çocuğa sahip olma karşısında verilen bir tepkidir. Onlarca araştırma, ailesel etmenlerin birincil neden olduğunu gösterme noktasında başarısız olmuştur fakat bu spekülasyonlar, yine de Yeme Bozuklukları Akademisini (Academy for Eating Disorder'ı) ailesel etmenlerin bu hastalık üzerinde hiç ya da çok az etkisi olduğunu belirten ve ailelerin bu rahatsızlıktan dolayı suçlanmaması gerektiğine dikkat çeken açıklayıcı bir makale yayımlamaya itmiştir (Le Grange, Lock, Loeb ve Nicholls, 2010). Joan'ın durumu yeme problemlerinin 29 yaşındayken ortaya çıkması noktasında alışılmışın dışındadır. Kardeşini kaybettikten sonra, ailesi ona karşı aşırı korumacı davranmıştır. Boşandıktan sonra ailesinin yanına taşındığında, tekrar küçük bir çocukmuş gibi hissetmiştir. Ailesi, ihtiyaçlarını itinayla karşılamış ancak çalışmasına izin vermemiştir. Bu durum, Joan'nın yetersiz ve etkisiz hissetmesine katkı sağlamış olabilir.

Anoreksiya nervozalı bireyler, genellikle sosyal rahatsızlık, anksiyete ve güvensiz bağlanma ile karakterize edilen bir çocukluğa sahiptir (Zucker ve ark., 2007). Yetişkinlikte ise diğer kişiler ile önemli bir bağlanma rapor etme olasılıkları düşüktür. Anne olduklarında ise, bebeklerinden gelen ilişkisel ipuçlarını okumakta zorluk çekme ihtimalleri muhtemeldir. Tedavideyken, klinisyenler ile ilişki kurmada daha fazla zorluk çekerler. Bu sorunların tümü, sosyal bilişteki eksiklikleri içeren bir bozukluğun alt tipinden kaynaklanıyor olabilir. Sosyal bilişteki bu eksiklik intihar riskini artırabilir. Bu bozukluğa sahip bireyler 57 kat daha fazla intihar oranına sahiptir ve bu durum yalnız kalmış kişiler arasında daha yaygındır. Sosyal bilişteki bu eksiklikler yeme bozukluğunun ortaya çıkması konusunda bireyi daha yatkın hâle getirebilir.

Aynı zamanda kültürel tutumların ve standartların da anoreksiya nervoza gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Bordo, 1997; Simpson, 2002). Kültür, ideal kadın vücudu olarak değerlendirilen standartlar üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Örneğin; Batı toplumunda, 1900'lerdeki balık etli kadın ideali, 1920'lerde zayıf flapper tarzına, 1950'lerde kum saati (hourglass shape) şekline ve son dönemlerde ise tekrardan ince vücut şekline kaymıştır. Kültürel toplumda incelik, güzelliğin yanı sıra başarı ve kendini kontrol etmenin bir göstergesi olarak da algılanmaktadır.

Çağdaş kültürel standartların, inceliği vurguladığı dönemde, kadının ortalama vücut ağırlığı artmaktadır. Bu durum, ideal vücut şekli ile çoğu kadının sahip olduğu mevcut vücut şekli arasında çatışma yaratmaktadır. Bu çatışma çoğu zaman, anoreksiya nervoza gelişiminin başlangıcı olabilecek, uzun süreli ya da obsesif diyet ile sonuçlanmaktadır (Hsu, 1996). Ergenlikteki kızların yaklaşık yüzde 12'si yeme patolojisinin farklı formlarına sahiptir (Stice, Marti, Shaw ve Jaconis, 2009). Anoreksiya nervozanın yaygınlık oranı ince kadın idealinin oluşması ile artmıştır ve anoreksiya nervozanın yaygınlığı dansçılar ve modeller gibi ince olmak için yoğun baskı altında olan kadınlar arasında özellikle yüksektir.

Her diyet elbette bir yeme bozukluğuna dönüşmemektedir. Özellikle medya etkisi ile ilişkilendirilmiş bulguların vücut memnuniyetsizliği üzerindeki etkisi çelişkilidir. En fazla, orta seviyedeki etkiler gösterilmiştir. Akran baskısının vücut memnuniyetsizliğini etkilediğini belirten daha fazla bulgu vardır. Belki de bu durum, potansiyel eşler için gerçekleştirilen kadın rekabetinin bir sonucudur (Ferguson, Winegard ve Winegard, 2011). Sosyokültürel baskıların; özerklik sorunları, ergenlikte hızlı fiziksel değişim, premorbid obezite, kişilik özellikleri, bilişsel farklılık, algı bozuklukları, kişiler arası ve ailesel zorluklar gibi diğer yatkınlık faktörlerini de içeren daha geniş kapsamlı bir gelişim modelinin parçası olduğu hipotez edilmiştir (Polivy ve Herman, 2002).

Anoreksiyanın gelişiminde, cinselliğin rolü net değildir (Ghizzani ve Montomoli, 2000). Bazı tecrübeli klinisyenler bu rahatsızlığı erişkinlikten geri çekilme (çocukluğa geri dönme) olarak nitelendirseler de, temel problemlerin cinsel konular ile ilgili olması şart değildir. Bilakis anoreksiyalı hastalarda özellikle vücudun ve diyetin kontrol altına alınması üzerine odaklanılabilir. Bazı kadınlar için cinsel istismar, bir yeme bozukluğunun gelişiminde önemli bir faktördür. Ancak yeme bozuklukları ve cinsel travma maruziyeti arasında özgül bir ilişki olduğu görülmemektedir (Wonderlich, Brewerton, Jocic ve Dansky, 1997). Yeme bozukluğuna sahip kadınların yaklaşık yüzde 30'u çocukluk dönemlerinde cinsel istismara maruz kaldıklarını rapor etmiştir ancak bu maruziyetin anoreksiya nervozadan ziyade, bulimiya nervoza için önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer ve Agras, 2004). Cinsel istismar, anoreksiya nervoza vakalarından çoğunun gelişimini açıklamamaktadır ancak, yeme bozuklukları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar için önemli bir risk etmenidir.

Kıtlıktan kaçmaya ilişkin adaptasyon hipotezi (*adapted to flee famine hypothesis*), anoreksiya nervoza semptomlarını, kıtlık koşullarında atalarımızı açlıktan korumak için evrilmiş bir adaptasyon mekanizması olarak değerlendirmiştir (Guisinger, 2003). Bu mekanizma, vücut ağırlığı çok fazla düştüğünde (günümüzde kıtlıktan ziyade diyet kaynaklıdır), sadece bu gene sahip belirli kişiler arasında ortaya çıkacaktır. Daha sonrasında ise açlık çeken bireye, yiyeceklerin daha fazla olabileceği bir yere gitmesi için hem cesaret vermek hem de enerji sağlamak için bireyin zayıflamış durumuna ilişkin huzursuzluğunu, enerjisini ve bilişsel çarpıtmalarını tetikleyecektir. Bu hipotez, anoreksik hastalarda ortak bir özellik olan ve klinisyenler için anlaşılması ve üstesinden gelinmesi bir hayli zor olan yeme bozukluğunun inkâr edilmesi durumunu açıklayabilir (Gatward, 2007). Bu ilginç hipotezi test etmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Tedavi

Anoreksiya nervozanın tedavisi son derece zordur. Herhangi bir tedavi yönteminin diğer tedavi yöntemlerinden tutarlı bir şekilde daha etkili olduğu bulunamamıştır. Psikoterapinin çeşitli formlarını, çoğunlukla bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ya da bilişsel-davranışçı ve psikodinamik tekniklerin bileşimini kullanan klinisyenler tarafından uygulanmış (Peterson ve Mitchell, 1999), ancak bu tedavilerden hiçbirinin kesin olarak çalıştığı gösterilememiştir (Fairburn, 2005). Kısa süreli hastalık geçmişi olan ergenler için, en etkili tedavi yöntemi aile terapisidir (Wilson, Grilo,ve Vitousek, 2007).

Aşırı kilo kaybının, intihar düşüncelerinin, hastalığın inkâr edilmesi durumlarının mevcut olduğu ya da ayakta tedavinin başarısız olduğu durumlarda gerekli olabilen hastaneye kaldırma işlemi anoreksiya nervoza tedavisinde sıklıkla başvurulan ilk adımdır (Andersen, 1997). Hem açlığın belirtilerini hafifletmek hem de hastayı korktuğu vücut boyutuyla yüzleştirmek için kilonun geri getirilmesi gereklidir. Kilonun geri getirilmesi için tek bir yöntem olmamasına karşın, temel şey mümkün olduğunca çok iş birliği sağlamak ve hastanın endişelerine duyarlı olmaktır. Bir kilo hedefi koyarken hasta ile birlikte çalışmak önemlidir ve bu hedef, genellikle boy ve yaş için belirlenen ortalama kilonun yüzde 90'ı kadardır. Joan'ın tedavisinde olduğu gibi, davranışçı teknikler ani kilo alımını kolaylaştırmak için kullanılır. Hastanede yatılı olarak uygulanan tedavi gerekli olarak görünse de, ayakta tedavi yönteminden daha etkili olduğunu gösteren araştırma bulgusu mevcut değildir (Fairburn, 2005).

Yeme bozukluğuna sahip hastaların tedavisinde çeşitli ilaçlar, özellikle de antidepresanlar kullanılmaktadır çünkü anoreksik ve bulimik hastalar, genellikle depresiftir. Fakat araştırmalar, anoreksiya nervoza tedavisinde ilaçların plasebodan daha etkili olduğunu gösterememiştir (Wilson ve ark., 2007).

Psikoterapide, yiyeceklere ve vücut şekline ilişkin fonksiyonel olmayan tutumlara dikkat çekilmektedir. Tedavinin bu yönü zorlayıcı olabilir; zira anoreksiya hastaları, genellikle kendileri için tedavi aramamakta ve bu hastaların çoğu tedaviye dirençli olmaktadır. Ağır vakalarla çalışırken, hastayla bağlantı kurmak ve terapötik bir ilişki kurmak özellikle önemlidir (Strober, 1997). Terapistin amacı, içinde başka müdahalelerin de uygulanabileceği güvenilir bir ilişki inşa etmektir. Bilişsel çarpıtmalar, batıl düşünceler, duyguların ifadesine ilişkin sıkıntılar, vücut görüntüsüne dair yanlış algılar, öz saygı ve özerklik bu süreçte ele alınması gereken diğer konulardır (Cooper, Todd ve Wells, 2002).

Joan'nın tedavisi, bu yaklaşımın aşamalarını takip etmiştir. Hastanede yattığı dönemde, kilosunu sağlıklı bir düzeye getirmek için çeşitli davranışçı teknikler kullanılmıştır. Joan yetişkin olduğu ve tek başına yaşadığı için, aile terapisi yerine bireysel tedavi uygulanmıştır. Bilişsel yaklaşımla tutarlı bir şekilde, Joan'nın dünyayı ve kendisini algılama tarzı direkt olarak sorgulanmıştır. Bilişsel terapi birçok adımı içermektedir: (a) inançlar ve düşünceler hakkında daha fazla farkındalık edinilmesi; (b) fonksiyonel olmayan inançlar ve uyumsuz davranışlar arasındaki bağlantının keşfedilmesi ve aydınlatılması; (c) bu inançların gerçekliğinin sorgulanması; (d) fonksiyonel olmayan inançların daha gerçekçileri ile değiştirilmesinin öğrenilmesi ve (e) sonuç olarak

fonksiyonel olmayan inançları yaratan temel varsayımların değiştirilmesi (Kleifield, Wagner ve Halmi, 1996).

Anoreksiya nervozanın prognozu (hastalığın seyrine ilişkin öngörü) karışıktır. Hastanedeki tedavi sürecinden sonra, yaklaşık yüzde 50'si nüksetmekte ve bireyin kendine uyguladığı açlığın neden olduğu biyolojik etkilerin direkt bir sonucu olarak da yüzde 5'i ise ölmektedir. Göreceli olarak daha iyi bir sonuca ulaşan hastalar ise sıklıkla kiloya ve yemeye ilişkin tutumları ile ilgili zorluk yaşamaya devam etmektedir (Eckert, Halmi, Marchi, Grove ve Crosby, 1995). Bazıları profesyonel yardım almadan iyileşmekte ancak bu durum, bir ebeveynin ya da yakın bir arkadaşın sağladığı desteği, cesaretlendirmeyi, empatiyi ve pratik yardımı içermektedir (Woods, 2004). Anoreksiya nervozası iyileşen kadınlar ile yapılan uzun süreli bir takip çalışmasında, bu süreçteki kişisel deneyimler araştırılmıştır. Bu kadınlar ile hastalığın başlamasından 20 yıl sonra mülakat yapılmıştır. Kadınlar, "kişilik gücünü", "özgüveni" ve "anlaşılmayı" uzun süredir sağlıklı olmalarının en önemli etmenleri olarak nitelendirmiştir (Hsu, Crisp ve Callender, 1992). Bu etmenlerden bazıları Joan'nın lehinedir. Destek kaynağı olan Mitch'in ve yakın arkadaşlarının etrafından olması Joan için bir şanstı. Ayrıca psikolojik olgunluğun avantajlarına da sahip olabilirdi; zira yeme bozukluğunun ortaya çıktığı dönemde hâlihazırda yetişkin bir bireydi. Başlangıçta tedaviye dirençli olsa da, hastaneye yatırılmayı kabul etmişti. Davranışını değiştirme noktasında kararlıydı. Bu faktörler sonraki iyileşmesi sürecinde önemli bir rol oynamış olabilir.

Tartışma Soruları

1. Anoreksiya nervoza, aile ilişkileri için ne tür özel güçlükler oluşturmaktadır? Bu hastalık hastaların, çocuk, eş ve ebeveyn rollerini nasıl etkiler?
2. Anoreksiya nervoza ve madde bağımlılığı bozukları arasında neler ortaktır?
3. Birçok araştırma anoreksiya nervozanın etiyolojisinde yer alan medya etkisinin, güzellik standartlarının ve ince vücut idealinin rolüne odaklanmıştır. Sizce, bu faktörler bu hastalığı daha iyiye mi, yoksa daha kötüye mi götürmektedir? Günümüzde ergen kızların veya genç yetişkin kadınların daha ince olmalarına yönelik daha fazla mı yoksa daha az mı baskı mevcuttur? Ergenlikteki erkekler veya genç erkekler üzerindeki çekici olmaya dair baskı ne durumdadır?
4. Anoreksiya nervozaya sahip yetişkinlerde, hiçbir tedavinin istikrarlı bir şekilde etkili olduğu bulunamamıştır. Bu hastalığa sahip bir üniversite öğrencisini tedavi eden bir psikolog olsaydınız, hangi tedavi yaklaşımını kullanırdınız? Neden?

BÖLÜM 14*

Yeme Bozukluğu: Bulimiya Nervoza

Tracy, yeme bozukluğuna sahip bireyler için oluşturulmuş grup terapisi programına sevk edildiğinde 22 yaşında, bir üniversite 3. sınıf öğrencisiydi. Üniversite hayatındaki stres ile başarılı bir şekilde baş edebilmesi hususunda, terapistin kendisine yardım edebileceğini düşünerek, 3 ay önce Öğrenci Sağlık Merkezinde bireysel psikoterapiye başlamıştı. Seanslar daha iyi çalışma becerilerinin geliştirilmesine ve Tracy'nin düşük benlik saygısı etrafındaki konulara yoğunlaşmıştı. Çok parlak bir öğrenci olmasına ve 3,2 ortalama yapmasına karşın, akademik performansı düşüş gösteriyordu. Planlama ve organizasyon onun güçlü yönleri arasında değildi. Derslere belirli aralıklarda katılıyor ve kendini sürekli olarak, geceleri ödevlerini bitirmek veya sınavlara çalışmak için hazırlanırken buluyordu.

Tracy'nin depresif ruh hâli ve artan sosyal izolasyon örüntüsü, endişe kaynaklarındandı. Belki de bunlar Tracy'den ziyade, terapisti için endişe kaynağıydı. Tracy kampüs yakınındaki bir apartmanda tek başına yaşıyordu. Nispeten az miktarda aktivite kendisine keyif veriyordu. Üniversitedeki 2 yıllık süre zarfında hem erkek hem de kadın arkadaşlarından oluşan küçük arkadaş çevresi geliştirmişti. Birkaç farklı erkekle çıkmıştı, ancak neredeyse 3 yıldır hiçbir ciddi romantik ilişki içinde yer almamıştı. Bu romantik yaşantılarına ilişkin duyguları büyük oranda karışık hisler içeriyordu. Ara sıra deneyimlediği cinsel birliktelikler, onun için keyiften çok merak kaynağıydı. Erkeklerin kendisini neden çekici bulduğunu anlayamıyordu. Sonraki görüşmeler, Tracy'nin görüntüsüne ilişkin yaygın endişelerini ve vücuduna dair güçlü olumsuz duygularını ortaya çıkardı. Terapistine birkaç yıldır kilo vermek için çabaladığını söyledi. Sonunda Tracy'nin ciddi bir yeme bozukluğu olduğu ortaya çıktı. Terapistiyle yaptığı uzun görüşmeler sonunda, bireysel psikoterapi seansına devam ederken aynı zamanda bir yeme bozukluğu grubuna katılmayı kabul etti.

Tedavi grubunu yürüten kadınla gerçekleştirdiği ilk görüşmede, yeme bozukluğunun doğasını anlatırken Tracy net bir şekilde mahcup ve utangaçtı. Tracy, gündelik kıyafetler içinde çekingen ve alımlı genç bir kadındı. Zarif ve atletik yapısı (168 cm ve 61 kilo), vücuduyla gerçekte olduğundan daha rahat olabilecek bir insan izlenimi

*Çeviren: Klinik Psikolog Kerim Selvi

veriyordu. Kaslı kalçaları ve basenleri kendisini özellikle üzüyordu. Onların çirkin olduğunu düşünüyor ve 7 kilo vermeyi çok istiyordu. Görüşme devam ettikçe Tracy, isteksizce, yiyeceklere ilişkin problemleri hakkında daha kapsamlı açıklamalarda bulundu. Son iki yıldır, başkalarından saklı olarak çok fazla yiyecek tüketip, sonrasında ise yediklerini çıkarmak için kendini zorluyordu. Bu nöbetler mevcut durumda haftada üç veya dört kez ortaya çıkıyordu. En kötü olduğu durumda bu tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi (bingeing ve purging) döngüsü haftada 8–10 kere gerçekleşiyordu.

Tracy iştahını kontrol altına almak için büyük oranda başarısız bir çaba harcayarak, her gün dört ila altı adet diyet hapı içiyordu. Hapların tıkınırcasına yeme durumunu engelleyeceğini umuyordu, ancak bu haplar işe yaramıyordu. Ayrıca, düzenli olarak günde bir adet müshil kullanıyordu. Bu kullanım, müshillerin vücudunun yiyecek emilimini azaltacağı yönündeki yanlış bir varsayımına dayanıyordu. Müshil kullandığında, tükettiği besinlerin büyük bir kısmından bir şekilde kurtulduğunu hissediyordu.

Tracy'nin uygun bulduğu diyet anlayışı, açlık kavramının sınırındaydı. Tüm gün boyunca yemek yememek için çaba sarf ediyordu. Kahvaltı ve öğle yemeğini atladıktan sonra, öğleden sonra yoğun bir şekilde açlıkla ilişkili ağrılar deneyimliyordu. Vücudundan gelen bu sinyallere güvenmiyor, günün geri kalanında bu sinyaller ile savaşmaya çalışıyordu. Tracy yoğun bir ders, toplantı ve iş gününden sonra geceleri genellikle saat 7'de veya 8'de evine geri dönüyordu. Tam bu noktada açlıktan ölüyordu. Bu an, tıkınırcasına yeme ihtimalinin en yüksek olduğu andı.

Tipik bir tıkınırcasına yeme durumu, market seyahati ile başlıyordu. Tracy bütün bir tavuk alıp, onu eve götürüp hazırlıyordu. Sonraki süreç, genellikle kendisini daha rahat hissettiren bir kadeh şarap ile başlıyordu (özellikle boş bir midede). Şarabını yudumlarken, nerdeyse şükran günü yemeğindeki gibi tavuğu fırına veriyor, büyük miktarda dolma içi (stuffing=sebze, ekmek içi, et parçaları ve baharatları içeren karışım) ile patates püresi hazırlıyordu. Sonrasında yerel bir restorandan iki büyük sosisli pizza siparişi veriyordu. Tavuğun pişmesini ve pizzanın teslim edilmesini beklerken, bir şişe şarap eşliğinde patates cipsi ve bisküviyi yiyordu. Doyduğunu hissetmeye başladığında banyoya gidiyor ve kendini kusturuyordu. Uzun süren yeme ve kusma süreci tüm yiyecekler tükenene kadar devam ediyordu.

Tracy genellikle 2 saat, bazı zamanlarda ise 3 saat süren bu tıkınırcasına yeme nöbetleri sırasında çaresiz olduğunu ve kontrolden çıktığını hissediyordu. Süreç bir kez başladığında, tamamlanmasını bekliyor gibiydi. Tracy nadiren masada oturuyordu. Hızlıca yiyor, dairesinin içinde endişeli bir şekilde dolanıp duruyordu. Bazen vücudunun dışında duruyormuş gibi hissedip süreci izliyordu. Hâlâ sahip olduğu arkadaşlarının birinden gelecek telefon araması ile bölünmemek için genellikle telefonunu kapatıyordu.

Uygunsuz telafi davranışları sonrasında duygudurumu daha da kötüye gidiyordu. Kendini, özellikle de o anlar için, çok kötü hissediyordu. Karnı ağrıyordu ancak bu fiziksel acı, nöbetin yarattığı psikolojik sonuçlar kadar zayıflatıcı değildi. Sürekli olarak, kendi davranışları için bir tiksinti ve tıkınırcasına yeme durumunu kontrol edemediği için ise, derin bir utanç hissediyordu. Hem çok fazla yediği için hem de diğerlerinin sahip olduğu kontrol duygusuna sahip olmadığını düşündüğü için suçlu hissediyordu. Tracy, anoreksiya nervoza hakkında kapsamlı okumalar yapmıştı ve te-

rapistine, iştahları üzerinde kontrolü olan kadınlara karşı haset hissettiğini söylemişti. Keşke bunu, bir tek kendisi yapabilseydi!

Tracy tekrarlanan kusmaların sonucunda, zararlı birçok fiziksel etki deneyimlemeye başlamıştı. Diş hekimi, dişlerinin iç kısmında yer alan minenin çürümeye başladığını fark etti ve son muayenede Tracy'nin bu durumunu sorguladı. Tracy yeme bozukluğunu inkâr etti, ancak diş hekiminin sesindeki endişe, problemi hakkında kendisini daha fazla huzursuz hissettirdi. Sağ elindeki parmak eklemlerinin üzerinde yer alan deri artık yaralıydı; zira kusmak istediğinde, öğürme refleksini ortaya çıkarmak için bu parmaklarını boğazına sokuyordu. Tracy, boğazının kötüye gittiğini biliyordu, çünkü tekrarlayan ses kısıklığı ve boğaz ağrısı belirtileri mevcuttu. Belki de en fazla endişe verici unsur, boğazından zaman zaman kan gelmeye başlamış olmasıydı ve bu durum, yemek borusu duvarlarının yırtılmakta olduğunun bir işaretiydi.

Tıkınırcasına yeme dönemlerinin başlangıcında içtiği şarap, aynı zamanda kayda değer bir endişe kaynağıydı. Bu durum, yeme bozukluğunu şiddetlendiren ve karmaşık hâle getiren bir içki problemi olduğunu gösteriyordu. Bazı arkadaşlarının kendisini alkol aldığı için eleştirmeye başlamasını can sıkıcı bulan Tracy, alkolü bırakması gerektiğini kendisi de belirtiyordu. Sosyalleşmek için başkaları ile dışarı çıktığında, genellikle çok fazla alkol alıyor ve zaten var olan suçluluk, kontrol eksikliği ve kafa karışıklığı hislerini besleyen bazı gelişigüzel cinsel ilişkilerde bulunuyordu. İlişkilerindeki bu durumun, bilhassa kendine zarar verici bir yapıda olduğu görünüyordu.

Sosyal Geçmiş

Tracy 2 yaşında iken anne ve babası boşanmıştı. Ayrılıkları herkes için acı verici ve nahoş bir deneyimdi. Tracy'nin velayeti babasına verildi çünkü, annesinin madde kullanımı problemleri vardı ve erkek arkadaşı ile yaşamak için ailesini terk etmişti. Annesinin bu ilişkisi boşandıktan sonra çok uzun sürmedi ancak, annesi sonrasında yeniden evlendi ve iki tane daha çocuk sahibi oldu.

Tracy, kendisine rahat bir yaşam alanı sağlayan babasının yanında büyüdü. Maalesef, babası işiyle o denli meşguldü ki Tracy ile az zaman geçiriyordu. İlkokuldayken, kendisi ve babası ile birlikte yaşayan hizmetli kadının gözetimi altındaydı. Bu kadın Tracy'yi severdi ancak, aynı zamanda oldukça sert ve mesafeli biriydi. Okuldan döndükten sonra zamanın büyük bir kısmını yalnız geçirirdi. Babasının işten döndüğü saat olan 8'e veya saat 9'a kadar televizyon izler veya oyunlar oynardı. Babasının gelişini dört gözle beklerdi; zira babası geldiğinde kendisi ile zaman geçirecekti. Ne yazık ki babası, Tracy'nin hayatına fazla ilgi göstermiyordu. Dondurulmuş gıdaları, atıştırmalıkları ve tatlıları içeren bir öğün hazırlayıp, sonrasında oturuyorlar ve birlikte televizyon izliyorlardı.

Tracy 13 yaşındayken, artık 36 yaşında olan annesi tekrar ortaya çıktı. İkinci ailesi ile birlikte Tracy'nin yaşadığı şehre yeniden taşındı. Tracy ile vakit geçirmek ve onunla arkadaş olmak istiyordu. Babası, anlaşılacağı üzere bu fikre karşı çıktı ancak boşanma antlaşması, Tracy'nin annesini hafta sonlarında görebileceğini şart koşuyor-

du. Annesi daha öncesinde hiç bu yönde hareket etmese de, bu antlaşma hâlâ yürürlükteydi. Aslında Tracy, annesini hep merak etmişti ve şimdi onunla buluşmaya can atıyordu. Birkaç kez birlikte öğle yemeği yemek için sözleştiler.

Tracy, annesinin çarpıcı görünümü karşısında ilk başta şaşkına döndü. Annesi güzeldi —hâlâ çok inceydi ve zarif giyimliydi. Tracy, annesinin sıcak ve samimi tavrından olduğu kadar fiziksel görünümünden de etkilenmişti. Tracy'nin ilgi alanları, başarıları ve arkadaşları, annesinin merakını uyandırmıştı. Annesinin göstermiş olduğu bu ilgi, babasının her zaman göstermiş olduğu kayıtsızlıktan daha hoştu. Tracy ve annesi, hafta sonlarında ve tatillerde birlikte zaman geçirmeye başladı. Kendisini yemeğe götüren ve üzerine titreyen annesinin olması, Tracy için çok eğlenceliydi. Fakat birbirlerini daha iyi tanıdıkça annesi, Tracy'nin davranışlarına ve görünümüne dair daha müdahaleci ve daha eleştirel biri oldu. Birkaç kilo vermesinin kendisine zarar vermeyeceğini söylemeye başladı. Tracy'nin üvey kız kardeşi de annesi gibi oldukça zayıftı. Kısa bir süre içinde, Tracy ve üvey kardeşi, kendilerini annelerinin dikkatini çekmek için birbirleri ile yarışırken buldular.

Tracy, diğer birçok ergen gibi vücudu ve o dönemlerde deneyimlediği değişimler konusunda hassastı. Kendi vücut yapısı ve görünümü hakkındaki şüpheleri, annesi ve üvey kız kardeşiyle girdiği bu rekabetçi etkileşimlerin etkisiyle ciddi anlamda daha da kötüleşti. Tracy'nin vücut yapısı daha çok babası gibi kaslı ve sağlam yapılıydı. Tracy, annesinin önerisi ile çeşitli diyet denemeleri içine girdi. Annesi, Tracy'ye kendisinde işe yaramış bir dizi diyet önerdi. Ne yazık ki Tracy, bu diyetleri denediğinde hiçbirinin etkisi uzun süre işe yaramadı. 4,5 kg vermeyi başarsa da verdiği bu kiloları 3 ay içinde tekrar alıyordu. Sonraki birkaç sene içinde kilosu 54 kg ile 66 kg arasında dalgalandı.

Tracy nihayetinde kendisini, annesinin ve babasının evleri arasında mekik dokurken buldu. Yeme alışkanlığı gittikçe daha düzensiz bir hâl aldı. Belki de bunun önemli bir nedeni, farklı evlerde farklı yeme davranışlarının mevcut olmasıydı. Babası paketlenmiş gıdalar, atıştırmalıklar ve önceden pişirilmiş besinler ile yaşamını idame ettiriyordu. Annesinin ailesi ise özenli bir şekilde hazırlanmış, az yağlı büyük oranda meyve ve sebze içeren besleyici yemekler yiyordu. Açık bir şekilde ikinci beslenme şekli daha sağlıklıydı ancak yemekler sırasındaki atmosfer sıklıkla Tracy'yi rahatsız ediyordu. Üvey kardeşinin kilo almadan Tracy'den daha fazla yediği görülüyordu. Üvey kardeşine ve üvey babasına, her zaman daha büyük porsiyonlar servis ediliyor ve annesi Tracy'ye, yediklerine dikkat etmesi gerektiğini hatırlatıyordu. Ne zaman Tracy biraz daha tatlı yemek istese, annesi kendisine gülüyor ve "Gerçekten bunu yapmak mı istiyorsun?" diye soruyordu. Ortada olan bu nedenlerden ötürü Tracy, annesinin ailesi ile yemek yediğinde suçluluk, utanç ve öfke gibi birçok olumsuz duygu hissediyordu.

Birçok akranı gibi Tracy de isyankâr bir ergendi. Ergenliğe girdiği dönemde babası kendisine karşı oldukça hoşgörülüydü. Tracy'nin çılgın erkeklerden ve kızlardan oluşan kalabalık bir grup içinde yer almasına izin veriyordu. Arkadaşları aykırı kişilerdi ve kendilerini, lisedeki diğer kişilerden farklı görüyorlardı. İlk gençlik yıllarından itibaren düzenli olarak alkol alıyorlar ve esrar kullanıyorlardı. Babasının evi bazı zamanlarda

toplandıkları yerdi; zira babası denetlemek için nadiren etrafta oluyordu. Esrar içtikten sonra ortaya çıkan açlığın (the munchies) etkisi ile Tracy ve arkadaşları büyük miktarda atıştırmalık ve tatlı tüketiyordu. Ara sıra meydana gelen bu tıkınırcasına yeme alışkanlığı, Tracy'nin birçok diyet planını altüst etmişti. Kilosu belirgin bir biçimde artmıştı.

Tracy ilk ciddi erkek arkadaşını 16 yaşında buldu. Tracy, Jerome'a sırılsıklam aşık olmuştu. Jerome 21 yaşındaydı ve Tracy'nin ve arkadaşlarının film ya da oyun kiraladığı video mağazasında reyon sorumlusu olarak çalışıyordu. İlişkileri hızlı bir şekilde, daha öncesinde hiç cinsel deneyimi olmayan Tracy için heyecan verici ve kaygı verici olan bir cinsel ilişkiye dönüştü. Babası, Jerome ile çıktığını öğrendiğinde kendisine kızdı ve annesine söyledi. Çok geçmeden, herkes bu romantizme ilişkin çatışmalara dâhil oldu.

Tracy 17 yaşındayken, liseyi son sınıfta bıraktı ve Jerome ile birlikte olmak için güney Kaliforniya'ya taşındı. Jerome, Tracy'nin taşınma kararı almasından 3 ay önce güney Kaliforniya'ya taşınmıştı. Aslında ilişkilerindeki romantizm son aylarda zaten zayıflamıştı. Tracy'nin taşınma kararı belki de Jerome'a karşı olan hislerinden ziyade ailesinden ve okulundan uzaklaşmak ile ilgiliydi. Kaliforniya'ya varır varmaz, Jerome'un artık kendisi ile ilgilenmediğini fark etti. Jerome'un kendisiyle fazla vakit geçirmek istemediği ortaya çıktığında, depresif hissetmeye başladı. Artık ailesinin, arkadaşlarının ve bir işinin olmadığını fark etti. Dairesinde yalnız başına oturarak geçirdiği bir günün ardından, bir gece, eğer ölmüş olsa kendisini daha iyi hissedebileceğini söyledi. Jerome'un bu cümleye yegâne tepkisi, "Eğer böyle hissediyorsan, git ve kendini öldür." demek oldu.

Tracy'nin tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi davranışları, Kaliforniya'da Jerome ile birlikte yaşadığı sırada aşamalı olarak artmıştı. Daha çok depresif hissettikçe, daha iyi hissetmek için sıklıkla daha fazla atıştırmalık tüketti. İki ay içinde yaklaşık 4 kg daha aldı. Görünüme ilişkin tekrardan ortaya çıkan endişe ve atıştırma davranışını kontrol edememesiyle ilişkili olan suçluluk hisleri, duygudurumunun daha da kötüleşmesine neden oldu. Yeniden kilo kaybetme girişimleri kapsamında, önceden uyguladığı diyetlerden birkaçına tekrar başvurdu. Bu diyetlerin hiçbiri işe yaramış gibi görünmüyordu. Yediklerini kontrol etme çabasındaki artışın, yiyecek tüketimi hususunda paradoksal bir artışa neden olduğu görülüyordu. Tracy, bir gün iki büyük paket tuzlu kraker yedikten sonra mide bulantısı hissetmeye başladı. Kusup kusmayacağını beklemek yerine, tuvalete giderek boğazına parmak atmaya karar verdi. Sürecin kendisi rahatsız ediciydi, ama bittikten sonra daha iyi hissetti. Sonrasında bu durum kafasına dank etti: Belki de kendisinin neden olduğu bu kusma, kilo almaktan kurtulmanın bir yoluydu. Yapması kolaydı çünkü herhangi bir işi yoktu, genellikle çoğu zaman yalnızdı ve kişisel mahremiyeti vardı. Ne yediğini kontrol edemeyebilirdi ancak, yediklerinin midesinde kalmadığından emin olabilirdi. İlk başlarda haftada sadece bir ya da iki kere kustu. Bu sıklık bir sonraki sene yavaş yavaş arttı.

Kaliforniya'ya taşındıktan üç ay sonra babası ile birlikte yaşamak için tekrar geriye döndü. Hata yaptığını itiraf etmek zordu, ancak hisleri konusundaki Jerome'un ilgisizliği ve ilişkilerindeki kasvetli hava karşısında sarsılmıştı. Gittiği dönemkinden daha iyi bir duygudurumla geri döndü. Jerome'dan ayrılma kararı, kendisine taze bir enerji ve güven verdi. Yarı zamanlı bir iş edindi ve geceleri lise eğitimine devam etti.

Lise mezuniyet eş değerliliğini aldı ve iki yıllık yerel okulda eğitimine devam etti. Bu okuldan da bir üniversiteye geçiş yaptı.

Ne yazık ki Tracy, giderek büyüyen bir yeme bozukluğunun ilk aşamalarında babasının evine dönmüştü. Tekrarlayan kusmaların sonucunda ortaya çıkan fiziksel problemleri de deneyimliyordu. Ciddi mide ağrıları vardı. Arkadaşlarından biri, genellikle nefesinin çok kötü koktuğu gerçeğini ifade etti. Sakladığı problemler arttıkça, daha fazla mahcup ve utanmış hissetmeye başladı.

Üniversiteye girdiği dönemden bu yana tüm dersleri geçmeyi başarmış olsa da, geriye düşmeye başladığını biliyordu. Ticaret okulunda, sorumluluğu çok fazla olan dersler alıyordu. Ödevlerin yarattığı baskı baş edilemez bir hâl alıyordu. Depresif duyguları tekrardan geri gelmeye başlamıştı. Babası, psikoterapinin stresle baş etmesine yardımcı olmasını umut ederek Tracy'nin Öğrenci Sağlık Merkezinde bir psikolog ile görüşmesinin faydalı olabileceğini belirtti. Tracy bir psikolog ile görüşmeye hevesli değildi. Ayrıca, yeme problemlerinin ciddiyetini kabul etmeye de gönüllü değildi. Tracy sonunda bir psikologla görüşmek için randevu aldığında, çalışma becerilerini geliştirmek istediğini söyledi. Amacı büyük oranda daha iyi bir öğrenci olmaktı. Nihayetinde kendisi ve terapisti, yeme bozukluğunun yapısını teşhis ettiğinde, tedavinin üzerinden birkaç hafta geçmişti.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Terapisti, Tracy'yi bulimiya nervoza problemi yaşayan hastaların yer aldığı bir gruba çağırdı. Grup, Fairburn'ün (2013) *Overcoming Binge Eating* adlı kitabında özetlediği bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımına dayanıyordu. Bu kitap, bu bozukluk hakkındaki bilgilerin yararlı bir özetini sunuyor ve aynı zamanda profesyonel tedavi almayan kişiler için kişisel gelişim kılavuzu işlevi görüyordu. Bu kitap hastalar için önemli bir opsiyondur; zira bu problemin gizli doğası, birçok kişinin yardım arama noktasında isteksiz olmasına neden olmaktadır. Bu kısa süreli yaklaşım, başlarda depresyon tedavisinde kullanılan bilişsel süreçler ile obezite tedavisinde kullanılan davranışçı yaklaşımların bir bileşimini temsil etmektedir. Bu tedavi programının bilişsel unsurları, düşük özgüven, vücut ölçüleri ve şekline ilişkin aşırı seviyedeki endişe gibi etmenleri hedef almaktadır. Davranışsal unsurları ise uygun olmayan yeme alışkanlıklarını değiştirmek için tasarlanmıştır.

Grup, Tracy ve bulimiyadan yakınan diğer 4 kadın hastadan oluşuyordu. Yeme bozukluklarının tedavisinde uzmanlaşmış bir klinik psikoloğun liderliğinde, haftada bir olmak üzere, 10 hafta bir araya geldiler ve önceden belirlenmiş bir dizi temayı takip ettiler.

Hafta 1: Kendini Gözleme

Psikolog, tüm katılımcıların bu sürece girme kararı sırasında yaşadıkları güçlükleri kabul ederek ilk seansa başladı. O ana kadar, tüm grup üyelerinin arkadaşlarından ve aile

bireylerinden aldıkları en yaygın tepki, zayıflığa ilişkin suçlamaları ve suçluluğun kışkırtılmasını içermekteydi. Çoğuna, sanki çok kolaymış gibi sürekli olarak "Neden kendini durduramıyorsun?" sorusu soruluyordu. Bu grup, kendilerini neden durduramadıklarını net bir şekilde anlayan kişiler ile duygularını paylaşabilecekleri bir ortam olacaktı.

Tedavi programının ilk aşaması bireyin kendisini gözlemlemesini içeriyordu. Katılımcılardan, yedikleri ya da içtikleri her şeyi kayıt altına alan itinalı bir günlük tutmaları istendi. Kayıtlar tıkınırcasına yeme ve uygun olmayan telafi hakkındaki bilgileri de içermeliydi. Bu bilgiler, sonraki süreçte ilerlemenin ölçülebilmesi için referans noktası olarak kullanılacaktı. Yönerge, her şeyin itinalı olarak kayıt altına alınmasını ancak yemek yeme konusunda, hiçbir şeyin değiştirilmemesini içeriyordu. Psikolog, ayrıca her bir kadından haftada bir kere tartılmasını (sadece haftada bir kere) istedi.

İlk seansta Tracy, diğer grup üyelerine nazaran daha çekingendi. Diğer kadınlar ile iletişim kurmakta sorunlar yaşıyordu. Diğerleri grupta olma konusunda iyi hissederken, Tracy iyi hissetmiyordu. Tıkınırcasına yeme ve uygun olmayan telafi davranışlarını bırakmak istediğini söylüyor ancak aynı zamanda vücudundan memnun olabilmesi için 2,5 kg vermesinin gerekli olduğunu ısrarla belirtiyordu.

Hafta 2: İpuçları ve Sonuçlar

İkinci görüşmede, grup üyeleri bir önceki haftaya ilişkin gözlemlerini içeren kayıtları ele aldılar. Tıkınırcasına yemeyi düzenli olarak tetikleyen herhangi bir durum veya herhangi bir yiyecek fark ettiler mi? Çoğu, deneyimlerini grup ile paylaşmayı nispeten kolay ve yararlı buldu. Kadınlardan biri, patates kızartması yemesi durumunda, kendi kendine "Artık her şey bitti." dediğini ifade etti. Diğer bir kadın ise tıkınırcasına yeme durumlarının erkek arkadaşı ile yaptığı kavgalar ile başladığını belirtti.

Ne yazık ki Tracy, ödevleriyle ilgili sorunlar yaşadığını bildirdi. Yemek yeme konusunda, ayrıntılı kayıtlar tutamayacak kadar meşgul olduğunu iddia etti. Aslına bakılırsa, en büyük problemi, tıkınırcasına yeme davranışına ilişkin bilgileri grup ile paylaşmak noktasında rahat hissetmemesiydi. Tıkınırcasına yeme çerçevesinde ortaya çıkan olumsuz duyguların yoğunluğu karşısında dona kalmıştı. Aynı zamanda, kendisi hakkında ne kadar olumsuz düşündüğünü de anlamaya başlıyordu.

Ayrıca, psikolog kadınlardan tıkınırcasına yeme yerine koyabilecekleri aktivitelerin bir listesini hazırlamalarını istedi. Telefon ile arkadaşları aramayı, yürüyüşe çıkmayı, kitap okumayı ve gevşeme egzersizleri yapmayı içeren bir sürü seçenek ortaya atıldı. Pasif faaliyetler, açıkça daha az etkiliydi. Örneğin, televizyon izlemenin yararlı bir seçenek olmadığı anlaşılıyordu çünkü birçoğu, genellikle televizyon izlerken yemek yediğini belirtiyordu. Terapist, tıkınırcasına yeme isteği karşısında aktif bir şeyler yaparak kişinin bu süreçle ilişkili güçlü ve olumsuz duygularının devamlılığının da azaltabileceğini açıkladı.

Sonraki hafta için her bir kadın, tıkınırcasına yeme davranışlarını gün içindeki düzenli bir yeme örüntüsüyle değiştirmesi için teşvik edildi. Bu örüntü; kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeğini ve aynı zamanda her öğünden sonraki 2-3 saat içindeki alınması planlanmış olan ara öğünleri kapsıyordu. Kadınlara, planlanmış olan bu ana ve ara öğünleri atlamamaları ve ayrıca önceden belirlenmemiş yiyecekleri yememe-

leri hususu ısrarla tavsiye edildi. Bu aşama seans sırasında uzun süre ele alındı çünkü aslında, bu aşama tedavi programının en önemli unsuruydu.

Bir programa bağlı kalarak yemek yemek, birkaç kişiye kötü bir fikirmiş gibi geldi. Tracy, sadece vücudu aç hissettiğini söylediğinde, yemesi gerektiğini ifade etti. Tıkınırcasına yeme ve uyumlu olmayan telafi davranışları olan bireylerde açlık sinyallerinin genellikle bozulmuş olması, Tracy'nin bu düşüncesindeki ana problemdi. Terapist, tatmin edici bir normal yeme örüntüsüne ulaşana dek önceden belirlenen zamanlarda yemelerinin daha iyi olacağını açıkladı. Kadınlar haftada bir kez tartılmaları için teşvik edildi. Ayrıca, düzenli bir yeme tarzı dikkate alındığında, kilolarının olması gereken kilonun etrafında dalgalanabileceği belirtildi ve bu dalgalanmaları tolere etmeleri istendi. Bunun anlamı, kilolarının özellikle ilk bir iki hafta içinde biraz artabileceği veya biraz düşebileceğiydi.

Hafta 3: Düşünceler, Duygular ve Davranışlar

Tracy bu seans öncesinde yapacak çok fazla işi olduğundan, bu seansı kaçıracağını söylemek için grup liderini telefonla aradı. Özür diledi ve okulun bu hafta özellikle stresli olduğunu anlattı. Gerçekte ise, kendi davranışlarını gözlemlemiş ve düzenli bir beslenme örüntüsü başlatamamıştı. Hatta kahvaltıda bile. Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafinin, kesintisiz bir şekilde devam ettiğini diğer grup üyelerine söylemekten çok utanmıştı. Tracy, henüz kendini tedavi programına bağlı hissetmiyordu.

Seansta, herkes çarpık düşünce kalıpları hakkında konuştu. Bilişsel terapistler, eğer bir kişi çok üzgün ise bu kişinin, belirli bazı düşüncelerin söz konusu olumsuz duygusal durumu ortaya çıkarabileceğine ilişkin farkındalığının olmayabileceğini kabul etmektedir. Örnek vermek gerekirse; grupta yer alan kadınlardan, yemek planları içerisinde yer almayan bir parça kek yediklerini hayal etmeleri istenmiştir. Sonrasında, "Böyle bir durumda ne düşünürsünüz?" sorusu sorulmuştur. Bazıları gönüllü olmuş ve "Şimdi her şeyi mahvettim. Bir parça kek ile tıkınırcasına yemek aynı şey. Kendimden nefret ediyorum! Berbat ettim ve şimdi tıkınırcasına yeme durumunu tamamlamalıyım. Yarın tekrardan 'iyi' olmaya başlayacağım." diyeceklerini belirtmiştir. Bu seansın hedefi; çarpık, kendini değersiz gören düşüncelerden başlayarak olumsuz duygulara giden, sonrasında ise tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi davranışları ile sonuçlanan zinciri kesmeyi öğrenmelerine yardım etmek olmuştur.

Hafta 4: Mükemmelliyetçilik ve ya Hep ya Hiç Düşüncesi

Dördüncü seansın başında diğer grup üyeleri, Tracy'nin geçen seansta olmaması hakkında sorular sordular. Tracy çok meşgul olduğu için katılamadığını anlatmaya çalıştı ancak mazereti grup üyeleri tarafından kabul görmedi. En sonunda, son iki haftadır gittikçe daha da depresif olduğunu gözyaşları içinde ve büyük bir zorluk ile anlattı. Tedavi programına uyamamış olmaktan dolayı öfke ve hayal kırıklığı hissederek, bir kez olsun normal bir şekilde yemek yiyip yiyemeyeceğini sorguluyordu. Tracy, kendini gözlemlemeyi tamamen bıraktığını ve düzenli yemek yemenin en basit ögelerini bile uygulayamadığını itiraf etti. En az gruba katılmadan önceki sıklıkta olduğu kadar, tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi davranışları ortaya koyuyordu. Bu sırları gru-

bun geri kalanına açıkladıktan sonra, Tracy suçluluk ve utanç hisleri arasında boğuldu. Seansın ortasında ayağa kalktı ve odadan çıktı. Evine gitti ve hemen yemek sipariş etti. Yemeğin gelmesini beklerken, bir bardak şarap aldı ve pes etmeye dair hislerini boş olan günlüğüne yazdı.

Grubun diğer üyeleri, Tracy'nin söylemleri ve erken ayrılması karşısında farklı tepkiler gösterdi. Hepsi anlayışlıydı ancak bazıları, Tracy'nin terapi sürecine olan bağlılığındaki eksiklik nedeniyle hayal kırıklığı da yaşadıklarını dile getirdi. Ayrıca, tedavi programında başarılı olabileceğini hissettirme konusunda Tracy'ye yardımcı olamamaları sebebiyle başarısızlık ve kabul edilmeme hisleri de mevcuttu. Terapist, haftanın gündemine geçmeden önce tüm bu konular ayrıntılı olarak ele alındı.

Bu seansın geri kalan kısmı, genellikle tıkınırcasına yeme ile ilişkili olan kişilik özelliklerinin ve çarpıtılmış düşünce örüntülerinin konuşulmasına ayrıldı. Verilen örnekler, "Beğenilmek ve başarılı olabilmek için zayıf olmam gerekir." ve "Eğer düzenli yemek yersem, balon (zeplin) gibi olacağım." gibi ifadeleri içeriyordu. Diğer bir örnek, Tracy'nin mevcut sıkıntıları ile ilişkiliydi: "Tedavinin ilk iki haftasında başarılı olamazsam; bu, durumu asla değiştiremeyeceğim anlamına gelir." Grup üyelerinden bir dizi soruyu tartışmaları istendi: Bu düşünceler gerçekten doğru mu? Dış görünüşünüzün her yönüyle mükemmel olmadığı durumda, kendinizi perişan etmeyi mi planlıyorsunuz?

Hafta 5: Güvenli Davranış

Tracy, bir sonraki seansa zamanında gelerek bazı grup üyelerini şaşkına çevirdi. Kaçtığı bir önceki seansın tam aksine sakin ve neşeliydi. Son seansın üzerinden 2 gün geçtikten sonra, yeme bozukluğuna ilişkin tüm bakış açısını değiştirme sözü verdiğini anlattı.

Can alıcı olay, komşusunun küçük kız çocuğuna bakıcılık yaparken gerçekleşmişti. Bir sonraki gün, kızın doğum günüydü. Kızın en iyi arkadaşlarından 20'sinin katılacağı bir parti organize edilmişti. Annesi özel bir doğum günü pastası ısmarlamış ve buzdolabına koymuştu. Tracy kız çocuğuna bakmak için eve vardığında, tüm gün hiçbir şey yememişti. Açlıktan ölüyordu. Pastayı gördüğünde, onu yemesinin ciddi bir sorun yaratacağını biliyordu. Kız, pastanın ne kadar güzel olduğunu ve bir sonraki gün ne kadar güzel bir parti olacağını söyleyerek tüm gece pasta hakkında konuştu. Pastaya bakmak ve süslemeleri hakkında konuşmak için sürekli Tracy'yi buzdolabına götürüyordu. Tracy, küçük kızın uyuması ile başlayan 2 saatlik süreçte, pastadan bir dilim yememek için pastanın cazibesine direndi. Sonrasında kontrolünü tamamen kaybetti. Ne yaptığının farkına varmadan tüm pastayı yemişti. Yaptığı şeyden utanmış ve dehşete kapılmıştı. Kendini çabucak tuvalette bulmuştu. Tuvalette kusarken kontrolsüz bir şekilde hıçkıra hıçkıra ağlamıştı. Sonrasında ayağa kalktığında, direkt olarak aynadaki yüzüne bakıyordu. Gözyaşları yüzünden akıyordu. Tam o anda yeme probleminin gerçekliğini ve ciddiyetini en sonunda anladığını, grup üyelerine anlattı. Yeme davranışı o kadar kontrol dışıydı ki, bir çocuğun doğum günü pastasını doğum

günü partisinden bir gün önce yiyip bitirebiliyordu. Tracy, kendi hislerini ve davranışlarını değiştirmek için sorumluluk alması gerektiğini artık biliyordu.

Tracy, o geceden sonra hiç tıkınırcasına yememiş ya da uygunsuz telafi davranışı içinde yer almamıştı. Bir sonraki sabah ne yediğini gözlemlemeye başlamış ve tek bir gün bile atlamadan yediklerini takip etmişti. Önceki süreçte yediklerini yazılı olarak kayıt altına almamış olsa da, birinci ve ikinci seanstaki konuşmalar, gece yarısındaki tıkınırcasına yeme davranışını kontrol edebilmek için gün içinde düzenli yemek yemeye başlaması gerektiği bilgisini edinmesi için yeterliydi. Geri kalan günlerde, en azından küçük bir kahvaltı yapmak için kendini zorladı. Hâlâ, pek çok gün öğle yemeğini atlıyordu ancak, tıkınırcasına yeme davranışı ortaya çıkmadan düzenli akşam yemekleri yiyordu. Evine geldiğinde içtiği şaraptan kaçınmak için aldığı karar, şüphesiz bu başarının önemli bir parçasıydı.

Grup, Tracy'nin hikâyesini mest olmuş bir şekilde dikkatle dinledi. Bazıları, benzer durumda olmaları hâlinde rahatlıkla aynı tepkileri vereceklerini bilerek ağladı. Tracy'nin hâlihazırda başardığı olumlu değişiklikler için çokça methiye düzdüler. Anlayışlı tepkileri, Tracy'nin en sonunda grubun bir parçası olduğunu hissetmesinde yardımcı oldu.

Grup, seansın geri kalan kısmında, başlangıçta planlanan konuları tartışmaya geri döndü. Planlanan konu, güvenli davranıştı. Bu konu, tıkınırcasına yemeyi tetikleyen olumsuz duygular üzerine yapılan önceki konuşmaların mantıksal bir uzantısını ifade etmekteydi. Bazı kişiler için öfke, kontrolsüz yemek için bir uyarıcı olabilmekteydi. Psikolog, kadınları güvenli davranış sergilemeleri yönünde eğiterek, kişiler arası sorunlarını daha etkin bir şekilde çözebilmelerini ve duygusal sıkıntıyı en aza indirebilmelerini umut ediyordu.

Tracy ilk kez bu konuşmalarda aktif bir şekilde yer aldı. Kendi durumuyla alakası oldukça açıktı. Ergenliği boyunca kendini savunmaktan korkuyordu. Ailesinden, öğretmenlerinden ve akranlarından sıkça eleştirel mesajlar alıyordu. Örnek vermek gerekirse, dış görünüşüne ve kilosuna ilişkin annesinden gelen eleştiriler alışılmış bir öfke ve utanç kaynağıydı. Grup içerisinde canlandırma yaparak, canlandırma içinde bu eleştirel yorumların kendisini kötü hissettirdiğini, kaba ve düşmanca bir tavır sergilemeden annesine söyleyebildi.

Hafta 6: Vücut Algısı

Bu seans, kadınların kendi beden imgelerine ilişkin konuşmalara ayrıldı. Kadınlar yaşamlarının, görünümlerine ve kilolarına ilişkin kaygılar tarafından yönlendirildiğini farklı şekillerde açıkça birbirlerine zaten iletmişlerdi. Bazıları, zayıflamanın bir yolunu bulmadıkça, hayatlarının geri kalanında depresif ve yalnız kalacaklarına inandıklarını söyledi.

Grup üyelerinin kendi bedenleri hakkındaki olumsuz duygularını ve zorluklarını belirlemelerine yardımcı olmak amacıyla terapist, fizyoloji ile ilgili birçok bilgiyi göz önüne serdi. Örneğin, kadınlar üremek için belirli bir miktar vücut yağına ihtiyaç

duymaktadır. Vücutlarının erkeklerden daha yağlı olması gerekmektedir. Ayrıca, kadınların dinlenme durumundaki metabolizma hızı erkeklerinkinden düşüktür. Diyet, bu metabolizma hızını daha da baskılamaktadır.

Her bir grup üyesinden, vücudunda beğendiği beş şeyi yazması istendi. Bunlar, görünüme ilişkin şeyler olmayacaktı. Daha ziyade, vücutlarının kendileri için yaptığı şeylerin listesi olmalıydı. Bu, oldukça zorlu bir uygulama olmuştu. Tracy tek bir şey bile düşünememişti. Diğerleri ise "Vücudum her gün 30 dakika koşabilmemi sağlar. Bu da beni güçlü hissettirir." gibi birkaç ifade üretebilmişti. Bu listeyi hazırlarken yaşadıkları zorluk, kendi bedenlerine ilişkin sahip oldukları çarpık ve dengesiz bakış açılarının boyutunu anlamaları noktasında kendilerine yardımcı oldu.

Seans, her bireyin düzenli yeme alışkanlığına başlamasına ilişkin kendi sürecini anlatmasıyla sona erdi. Tracy artık her gün, üç ana öğün ile iki tane de önceden belirlenmiş ara öğün yediğini belirtti. Gecenin geç saatlerindeki tıkınırcasına yeme davranışlarını tamamen ortadan kaldırmıştı. Bir bardak şarap içme veya fırında kurabiye pişirmek istediğinde, bu isteği günlüğüne kaydediyor ve mekik çekerek dikkatini dağıtıyordu. Bu egzersiz kendini daha iyi hissettiriyor ve egzersizi bitirdiğinde tıkınırcasına yeme isteğinin genellikle bittiğini fark ediyordu.

Hafta 7: Diyet Yapma ve Diğer Nedensel Etmenler

Bu seansın ilk bölümünde grup, farklı diyet programları ile tıkınırcasına yemek yeme alışkanlığı arasındaki ilişkiyi ele aldı. Diyet, çoğu bulimiya vakasında önemli bir rol oynamaktadır. Diyetine kısıtlamalar koyan kişiler, kendilerini yiyeceklerden yoksun bırakmaktadır. Bunun sonucunda, yemek yediklerinde, tıkınırcasına yeme ihtimalleri yükselmektedir.

Diyetin birçok farklı formu vardır. Gruptaki kadınlardan, kaçınmaya çalıştıkları besinleri belirlemeleri istenmiştir. Kadınların hepsi tatlıdan kaçındığını söylemiştir. Kadınların bazıları ise süt ürünlerinden, yağlı etlerden ve basit karbonhidratlardan uzak durduğunu belirtmiştir. Psikolog, planlanan ana ve ara öğünlere kademeli olarak, her tür yiyecekten küçük miktarlarda dâhil etmeleri gerektiğini söylemiştir. Bu yöntem, ölçüsüz diyet kısıtlamalarını ortadan kaldırarak, ileride çıkabilecek tıkınırcasına yeme davranışlarına ilişkin ihtimalin azaltılması için belirlenmiştir.

Hafta 8: Problem Çözme ve Stres Azaltma

Kadınların tutmuş olduğu kayıtlar, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin rastgele ortaya çıkmadığını açıkça gösteriyordu. Bilakis bu nöbetlerin ortaya çıkma ihtimali, stresin yüksek olduğu anlarda çok daha fazlaydı. Bir sonraki konuşma, ileride ortaya çıkabilecek tıkınırcasına yeme durumlarının sıklığını azaltmak için kullanılabilecek problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelikti. Problemlerin kontrol edilemez bir hâl almadan önce tespit edilmesinde etkili olan yöntemleri konuşarak seansa başladılar. Problemlere ilişkin uyarı sinyalleri, negatif duygudurumlarının (özellikle

üzüntü veya öfke) başlangıcını kapsaması kadar, yalnız kalmak gibi belirli durumları da kapsıyordu. Problemli bir durumun varlığı fark edildikten sonra psikolog, bu soruna birçok potansiyel çözüm yolu üretme üzerine grup üyeleri ile birlikte çalıştı.

Hafta 9: Sağlıklı Egzersiz ve Nüksetmenin Önlenmesi

Sondan bir önceki seansta kadınlar, grup terapisi tamamlandıktan sonra iyileşme sürecinin devam etmesine yardımcı olacak iki konu üzerine çalıştılar. İlk olarak, *sağlıklı egzersizin* faydaları hakkında konuştular. Stres azaltma, duygudurumun yükseltilmesi, arkadaşlar ile sosyal etkileşim ve metabolizmanın düzenlenmesini içeren birçok etmeni sıraladılar. Kompulsif egzersizin zararlı etkileri de, ayrıca tartışıldı. Egzersiz, aşırı yemeye karşı bir ceza değil, keyifli bir aktivite olmalıydı.

Seansın ikinci kısmı ise nüksün önlenmesine ayrılmıştı. Esas itibariyle, bu tip tedavi programlarında küçük gerilemeler kaçınılmazdır. Tıkınırcasına yeme davranışı iyileşen bir kişiden, hiçbir zaman aşırı yememesini beklemek gerçekçi bir beklenti olmayabilmektedir. Grup üyeleri yaşamlarının geri kalan kısmında yeme problemlerinin, kendileri için Aşil'in topuğu (zayıf noktaları) gibi olabileceğini kabul ettiler. Özellikle stresli dönemlerde, tıkınırcasına yemek için yine de istek duyacaklardı. Böyle bir durum ortaya çıktığında nasıl tepki vereceklerdi? Geçici nüksetme ile tümden nüksetme arasındaki farkı ayırabilmeleri için desteklendiler. Bir hata yaptıklarında, bu hata, terapiye ilk başladıklarındaki hâllerine dönmüş oldukları anlamına gelmeyecekti. Bunun anlamı, problemin işaret edilmesi ve tedavi programındaki en yararlı kısımlarının hemen tekrardan işleme konulması olacaktı.

Hafta 10: Gelecekteki Olaylar ile Baş Etme

Son seans, önceki adımların gözden geçirilmesine ve ortaya çıkabilecek tıkınırcasına yeme durumuna ilişkin yatkınlığın azaltılmasında işe yarayacak yöntemlerin ele alınmasına ayrıldı. Ne tür durumların, nüksetme üzerinde payı vardı? Bu noktada önemli etmenlerden biri, net bir şekilde düzenli yemek yemeye devam etmek ve diyetin her türünden kaçınmaktı. Ayrıca stres yaratıcı olaylar, olumsuz duygular ve kendi kendini engelleyen davranışlar ile baş etmeye yönelik öğrendikleri yöntemleri irdelediler.

Grup terapisinin sona erdiği anda, Tracy yeme sorunları konusunda önemli gelişmeler kaydetmişti. 5 haftalık süreçte gün içinde düzenli yemek yemekteydi. Doğum günü pastasını yediği travmatik geceden beri tıkınırcasına yememiş veya uygunsuz telafi davranışı göstermemişti. Ayrıca, diyet hapı ya da müshil kullanmayı bırakmıştı. Kilosu kendisini oldukça şaşırtan bir şekilde ilk birkaç hafta sabit kalmış, sonrasında ise gruba katıldığı dönemdeki kilosundan yaklaşık 2,5 kg daha az bir seviyeye düşmüştü. Duygudurumu bir hayli iyileşmişti ancak hâlâ üzüntü ve yalnız hissettiği dönemleri yine de deneyimliyordu. Alkol almaya dair kaygılarının yanı sıra, erkek arkadaş ve aile ilişkilerindeki güçlükler hâlâ çözümlenmemişti. Bu konuları bireysel terapisti ile ele almaya devam etti.

Tartışma

Tracy'nin hastalığı olan bulimiya nervoza, *DSM-5* (APA, 2013) içesinde tanımlanan birçok beslenme ve yeme bozukluğundan biridir. Bulimiya nervozanın teşhisindeki en önemli nokta, kusma ve kilo alımının engellenmesi gibi telafi davranışlar ile birlikte görülen ve tekrarlayan tıkınırcasına yeme nöbetleridir (Fairburn ve Cooper, 2007). Bulimiyanın latince kelime anlamı "boğa açlığı" (ox hunger) veya obur iştahıdır ancak, artık tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi olarak adlandırılmaktadır. Zaman zaman birçok insan tıkınırcasına yese de, *DSM-5* teşhisi, en az 3 ay boyunca devam eden ve haftada en az bir kez ortaya çıkan tıkınırcasına yeme ve telafi edici davranışları gerektirmektedir. Genellikle stres ile tetiklenen tıkınırcasına yeme nöbetleri, tipik olarak yüksek kalorili, kolayca yutulabilen yiyecekleri kısa bir süre içinde (ör., 2 saatte) ve gizli olarak yemeyi kapsamaktadır. Bu nöbetler sırasında, kişi kontrolden çıktığını hissetmekte ve herhangi birinin genellikle tüm gün boyunca yiyebileceğinden daha fazla bir miktar olan 2000 ila 4000 arası kalori almaktadır. Bu nöbetler, kişi rahatsız olacak şekilde tok hissettiğinde ya da başka biri tarafından yarıda kesildiğinde veya uykuya daldığında sona ermektedir. Kusma davranışı, sıklıkla yeme nöbetlerini takip eder. Kusmak ya yeme nöbetini sonlandırır ya da kişinin daha fazla yemesine izin verir. Yoğun miktarda müshil kullanımı ve aşırı seviyede egzersiz yapmak, tüketilen fazla sayıdaki kalorilerin telafisinde kullanılan diğer yöntemlerdir.

Bulimiyadan yakınan insanlar, genellikle kiloları ve şişman olma korkuları konusunda yoğun bir şekilde endişelidir. Yemek yeme alışkanlıklarının anormal olduğunu fark ederler, ancak kendilerini kontrol edemediklerini bildirirler. Yeme davranışlarını kontrol etmedeki yetersizlikleri genellikle depresyon, suçluluk ve düşük özgüven duyguları ile sonuçlanmaktadır (Garner ve Magana, 2002).

Bulimiyanın yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir; zira bu rahatsızlık genellikle gizli kapaklıdır. Kadınların yaklaşık yüzde 2 ila 3'ü; erkeklerin ise yüzde 1'inden daha azı, hayatlarının herhangi bir döneminde bulimiya nervoza tanısı almaktadır (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007). Bu bozukluk, genel olarak ergenlik sonunda başlamaktadır. Bulimiyanın uzun süreli seyrine ilişkin bulgular, bu hastalığa dair semptomları deneyimlemeye devam etseler de birçok insanın sonunda iyi sonuçlara ulaşacağını göstermektedir (Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik ve Fairburn, 2006).

Bulimiya ya anoreksiya nervozaya eşlik eden bir semptom olarak ya da Tracy'nin örneğinde olduğu gibi tek başına ortaya çıkabilmektedir. Anoreksiya nervoza hastalarının yaklaşık yüzde 50'si, aynı zamanda tıkınırcasına yeme nöbetleri de göstermektedir. Ancak bu hastalardaki tıkınırcasına yeme ve kusma sıklığı, Tracy için geçerli olandan daha düşüktür. Bulimiya ayrıca depresyon, kişilik bozuklukları (özellikle sınırda kişilik bozukluğu), anksiyete bozuklukları ve madde kullanımına ilişkin bozuklukları içeren diğer birçok tanıya eşlik etmektedir (Baker, Mazzeo ve Kendler, 2007; O'Brien ve Vincent, 2003; van Hanswijck, van Furth, Lacey ve Waller, 2003).

Bulimiya birçok ciddi fiziksel komplikasyon ile sonuçlanabilmektedir (Mehler, 2011). Tracy, mide asidinin bu bölgelerde sıklıkla mevcut olmasından dolayı boğaz ağrısı, şişmiş tükürük bezleri ve tahrip olmuş diş minesini kapsayan birçok komplikasyon deneyimlemiştir. Tekrarlayan kusmalar vücuttaki potasyumun tükenmesine yol açabilmekte, böylece hastalık nöbetlerine neden olabilmektedir. Bazı hastalarda idrar yolu enfeksiyonları ve böbrek yetmezliği de görülmektedir. Ayrıca, menstrüel düzensizlik de yaygındır.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Bulimia nervoza; şüphesiz, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşimin ürünüdür. Bu etmenler, olumsuz benlik değerlendirmesi ve kilo alma korkusu gibi çeşitli öncül durumları ve yatkınlıkları kapsamaktadır. Bu yatkınlık etmenlerinin mevcut olduğu durumlarda, diyete ilişkin stres genellikle hastalık semptomlarının tamamıyla ortaya çıkmasını tetiklemekte ve dalga dalga ilgili biyolojik tepkileri meydana çıkarmaktadır (Halmi, 2011; Polivy ve Herman, 2002).

Biyolojik Etmenler: Bulimiya nervozanın kuşaklar arasında açıkça devam etmesi, genetiğin muhtemel önemini desteklemektedir. Ayrıca, ikiz çalışmalarından elde edilen veriler, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden daha yüksek oranda uyum gösterdiğini kanıtlamıştır (Bulik ve ark., 2010; Mazzeo ve ark., 2010).

Nörokimyasal düzeyde ise ilgi, seretonin adlı nerotransmitter üzerine odaklanmıştır (Kaye, 2008). Birçok etmen seretonini bulimiyada rol oynayan cazip bir olasılık hâline getirmiştir. Birincisi, seretonin alıcılarını bloke eden ilaçlar, artan yiyecek alımına yol açmaktadır ve bunu, yedikten sonraki tokluk hissini azaltarak yaptıkları görünmektedir. Doğal olarak, bulimiya hastaları da daha az tokluk hissi yaşadıklarını ifade etmektedir. İkincisi düşük seretonin oranı hem depresyon hem de yüksek dürtüsellik ile ilişkilidir. Depresyon sıklıkla bulimiya nevroza hastalarında görülmekte ve tıkınırcasına yeme davranışları, yüksek dürtüsellik seviyelerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilmektedir. Bulimiya hastalarında yapılan seretonin çalışmaları, bu konuya dair daha fazla destek sağlamaktadır. Yapılan bir araştırmada, bulimiya nevroza hastalarında düşük seviyede seretonin olduğunu bulunmuştur (Ferguson ve Pigott, 2000).

Psikolojik Etmenler: Şişman olma korkusu, bulimiya da dâhil olmak üzere yeme bozukluklarının başlıca özelliğidir. Bu korku, bulimiyanın önemli bir habercisi olan diyetle sonuçlanabilmektedir (Austin, 2001; Brewerton, Dansky, Kilpatrick ve O'Neil, 2000). Şişman olma korkusu, farklı kaynaklardan ortaya çıkabilmektedir. Öncelikle, sosyokültürel etkiler mevcuttur. Günümüzde bu trendin artık dengelenmiş olduğu görünse de, geçtiğimiz birkaç on yıl boyunca, zayıflığın ideal vücut şekli olduğuna ilişkin istikrarlı bir şekilde artan bir değerlendirme mevcuttur. Bu idealin, çok sayıda kadın tarafından içselleştirildiğini biliyoruz; zira kilosu normal olan birçok kadın, kendisini aşırı kilolu olarak algılamaktadır. Aynı zamanda toplum da zayıflık/incelik konusunda oldukça meşgul olmaya başlamış ve bulimiyanın yaygınlığı önemli ölçüde artmıştır (Hoek ve van Hoeken, 2003). Bu kültürel etki, kadınlar üzerinde erkeklerden daha fazla etkiye sahiptir ve bu durum, bulimiyanın yaygınlığındaki cinsiyet farkını böylelikle açıklayabilmektedir. Tahmin edilebileceği üzere kültürel etkilerin önemli olduğu durumlarda, yeme bozukluklarının sıklığı, jimnastikçiler ve dansçılar gibi kilolarını düşük seviyede tutmak için yoğun baskı hisseden kadınlar arasında özellikle yüksektir.

Diğer başka etmenler de şişman olma korkusunun artmasına neden olmaktadır. Örnek vermek gerekirse, kilolu olmak veya aşırı kilolu ebeveynlere sahip olmak bulimiya için risk etmenleridir. Aşırı kilolu olma konusunda akranlarca alaya alınmak ya da ebeveynlerce eleştirilmek de buna neden olabilmektedir (Cooper, 2005). Tracy'nin durumunda, annesinin kilosu hakkındaki süregelen yorumları, şüphesiz Tracy'nin

hem şişman olmaya ilişkin abartılmış endişelerine hem de düşük özgüvenine sebep olmuştur. Vücut ölçülerine ilişkin çarpık/bozulmuş bakış açısı, diğer bir risk etmenidir. Örneğin, bir çalışmada; bulimiyalı kadınlara, çok zayıftan başlayıp, çok obeze kadar giden siluetler gösterilmiştir. Bu siluetlerden, kendi vücutlarına en yakın olanını ve en çok beğendiklerini seçmeleri istenmiştir. Bu kadınlar, kendi vücut ölçülerini gerçekte olandan daha iri değerlendirmiş ve kontrol grubuna nazaran daha zayıf olan siluetleri ideal vücut ölçüleri olarak seçmişlerdir (Williamson, Cubic ve Gleaves, 1993).

Bulimiya nervozanın gelişimi konusundaki psikolojik açıklamalardan biri, bu bozukluğun, aşırı kilo alma endişesi ile diyet uygulamalarının bir birleşimi olduğunu ileri sürmektedir (Byrne ve McLean, 2002; Lowe, Thomas, Safer ve Butryn, 2007). Şişman olma korkusu, sonraki süreçte tıkınırcasına yeme-uygunsuz telafi döngüsünün gelişim aşamalarını belirleyen yiyecek alımındaki kısıtlamaya yol açmaktadır. Diyetsel kısıtlamalar, stresli durumlarda kişinin tıkınırcasına yeme ihtimalini paradoksal bir şekilde artırmaktadır (Polivy, Herman ve Boivin, 2008). Duygusal uyarılma, besin alımını kısıtlamaya çalışan kişilerde yeme davranışını artırmaktadır. Bu durum, tıkınırcasına yeme-uygunsuz telafi örüntüsü gösteren hastalardaki durum ile benzer olsa da bu hastalardaki artış daha aşırı seviyededir. Diyet, sıklıkla bulimiyanın başlangıcından önce gelmektedir. Ayrıca bulimiyanın stres atakları ile tetiklendiği görülmektedir. Tıkınırcasına yeme davranışının sonrasında, bulimiyalı hasta kaygılı hissetmektedir. Sonraki süreçte uygunsuz telafi, bu kaygıyı azaltmanın bir yoludur.

Tıkınırcasına yeme davranışının, Tracy için ne tür bir işlevi vardı? Birçok süreç buna dâhil edilebilir. Birincisi, Tracy şişmanlamaktan korkmuştu ve yemek yemesini sıklıkla kısıtlamıştı. Örnek vermek gerekirse, kahvaltı ya da öğle yemeklerini atlamıştı. İkincisi, Tracy'nin ilk dönemlerdeki tıkınırcasına yeme davranışlarının kısmen de olsa stresle ilişkili olduğu anlaşılıyordu. Tıkınırcasına yemek, stresle baş etmenin bir yolu olarak ortaya çıkmış olabilirdi. Tıkınırcasına yemesi, diğer birçok keyifli aktiviteden yoksun olan hayatındaki boşluğu doldurmuş olabilirdi.

Tedavi

Yeme bozukluğu olan çoğu hasta, bu hastalıkları için tedavi aramamaktadır çünkü bu kişiler, herhangi bir şeyin ters gittiğine inanmamaktadır. Diğerleri ise kendi durumlarından utandıkları ya da bu konuda umutsuz hissettikleri için terapiye gitmemektedir. Bulimiyalı hastalar terapiye gittiklerinde hem biyolojik hem de psikolojik tedavi yöntemleri ile tedavi edilmektedir.

Genellikle depresyon ile eş tanılı (komorbid) görüldüğü için bulimiyanın antidepresanlarla, özellikle de Seçici Seretonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI) ile tedavi edilmesi şaşırtıcı değildir. İlaçlar bazı hastalar için faydalıdır, ancak bulimik hastaların üçte biri, ilaçların hoş olmayan yan etkilerinden dolayı tedaviyi bırakmaktadır. İlaçlara devam edilmemesi durumunda ise nüks kaçınılmazdır (Sysko, Sha,Wang, Duan ve Walsh, 2010; Narash-Eisikovits, Dierberger ve Westen, 2002).

Temel psikolojik müdahale ise, Tracy örneğinde olduğu gibi bilişsel davranışçı terapidir (Cooper ve Fairburn, 2010). Hastalar, toplumun fiziksel güzellik standartlarını sorgulamak için teşvik edilir ve aşırı derecede diyet yapmadan da normal kiloya ulaşabileceklerini öğrenirler. Hastalar, ayrıca diyetin tıkınırcasına yemeyi tetikleyebileceğini ve öğleden sonra yedikleri yüksek kalorili bir atıştırmalığın her şeyi mahvetmeyeceğini öğrenmelidir. Diğer bir önemli adım ise, tıkınırcasına yemeyi tetikleyen durumların belirlenmesini ve bu

durumlarla baş etmek için alternatif yöntemlerin geliştirilmesini içermektedir. Amaç, günde üç öğünü ve hatta bu öğünler arasındaki ara öğünleri içeren normal yeme örüntüsünü oluşturmaktır. Düzenli yenilen yemekler, açlığı kontrol etmekte ve dolayısıyla kişinin tıkınırcasına yeme, sonrasında endişeli hissetme ve uygunsuz telafi içerisine girme ihtimalini azaltmaktadır. Bilişsel davranışçı müdahalelerden elde edilen sonuçlar, antidepresanlardan elde edilen sonuçlara göre daha olumludur (Shapiro ve ark., 2007; Wilson ve Sysko, 2006). Bazı hastalar için ise, en uygun tedavi hem ilaçların hem de bilişsel davranışçı terapinin bileşimini içerebilmektedir.

Ne yazık ki, bulimiyalı hastaların sadece yarısı tedavi sürecinde önemli bir iyileşme göstermektedir. Tedavinin tamamlanmasından bir yıl sonra, sadece üçte biri tedavideki kazançlarını devam ettirmektedir (Anderson ve Maloney, 2001). Tedavideki yüksek başarısızlık oranını hangi etmenler açıklamaktadır? Değişim isteği, net bir şekilde, yeme bozukluklarının tedavisini amaçlayan her tedavi programının önemli bir unsurdur. Problemlerinin ciddiyetini kavramalarındaki becerilerini etkileyen etmenler hakkında, nispeten az şey bilinmektedir. Bazı hastalar, tıkınırcasına yeme durumunu kabul ediyor gibi görünmekte ve yaşamlarını bu duruma göre adapte etmektedir. Bu kişiler, değişmek için motive değildir. Tracy, komşusundaki doğum günü pastasını yiyip bitirdiği ve sonrasında kendisini banyodaki aynaya bakarken bulduğu o dramatik akşama kadar, grup terapisi deneyiminden yararlanamamıştı. Bu olay, daha sonraki iyileşmesi sürecinde çok önemli bir rol oynadı.

Yoksunluğun ihlali etkisi (*abstinence violation effect*) de bulimiya nervozada görülen devamlı tıkınırcasına yeme ve nüksetme durumlarına neden olabilmektedir (Schlam ve Wilson, 2007). Bu olgu, ilk olarak madde bağımlılığından kurtulan insanlar arasında gözlemlenmiştir. Yoksunluk durumundaki tek bir ihlal bile, genellikle tedaviden elde edilen tüm kazanımları yok etmek için yeterlidir. Kişi uyuşturucuyu bırakma konusundaki kararlılığını ihlal ettiğinde, davranışı ve kendi imgesi arasında bir uyumsuzluk durumu ortaya çıkar. Bu uyumsuzluk, örnek vermek gerekirse "Sanırım gerçekten iyileşmedim." gibi düşünceler yardımıyla bireyin kendi imgesini değiştirerek, bu kişinin kararlılığını zayıflatmaya yönelik girişimleri harekete geçirir. Dahası da bu ihlal, kişisel zayıflığa atfedilir. Dolayısıyla kişinin ileriki süreçte başarısızlık bekleme ihtimali muhtemeldir.

Yoksunluğun ihlali etkisinin oluşturduğu sonuçlara ilişkin farkındalık, nüksün önlenmesine yönelik unsurların, Tracy'nin yer aldığı grup terapisine dâhil edilmesine neden olmuştur. Tracy ve grubunun diğer üyeleri, kendilerine baskı oluşturabilecek durumları fark etmeleri için eğitilmiştir. Ayrıca Tracy'ye, problematik yaşam sorunlarını ele alma becerilerini ve olumsuz duygudurumlarının üstesinden gelme yollarını içeren özel bir stresle baş etme eğitimi verilmiştir. Sonuç olarak küçük gerilemelerin muhtemel olduğu ve bu gerilemelerin tedavinin başarısız olduğu ya da aciz oldukları anlamına gelmediği belirtilmiştir. Bu kapsamda, tamamıyla eski yeme örüntüsüne dönme ihtimalini azaltmak amacıyla bir kerelik tıkınırcasına yeme durumuyla baş etme yöntemleri üzerine, Tracy bilgilendirilmiştir.

Tartışma Soruları

1. Tracy'nin tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi nöbetleri sırasındaki davranışları ile obsesif kompulsif bozukluğa sahip bir kişinin davranışları arasında nasıl bir ayrım yaparsınız? Tracy'nin uygunsuz telafi davranışları bir kompulsiyon olarak değerlendirilebilir mi? Neden değerlendirilebilir ya da neden değerlendirilemez?

2. Bulimiya ve anoreksiya arasındaki farklılıkları özellikle de dürtü kontrolü açısından tartışınız.
3. Tracy'nin, küçük kızın doğum günü pastası ile ilgili yaşadığı duygusal deneyim, neden tedavisindeki önemli bir dönüm noktasıydı? Tedavideki motivasyonunu değiştiren en önemli etmen neydi?
4. Bilişsel etmenler, duygu düzenleme ve tıkınırcasına yeme arasındaki ilişkiler nelerdir? Bu konular diyet ve kısıtlanmış gıda alımıyla nasıl ilişkilidir?

BÖLÜM 15*

Parasomni: Kâbus Bozukluğu ve İzole Uyku Felci

Daisy, sıkıntılarını sosyal hizmet uzmanı Anna'dan gizleyemedi. Yanaklarından dökülen gözyaşlarını saklamaya çalışarak endişeli bir şekilde yutkundu. Anna, kâğıt mendil kutusunu ona uzatarak devam etmesi için teşvik etti. Daisy iki gece önce korkunç ve bir o kadar rahatsız edici bir olay yaşamıştı: Kötü ruhlar tarafından tehdit edildiğini ve hareket edemediğini deneyimlediği şiddetli bir his ile sabah erkenden uyanmıştı. Ruh benzeri bir figürün üzerinde oturup kendisini aşağıda tuttuğunu ve göğsü üzerinde ağır bir baskı oluşturduğu görebilmiş ve hissedebilmişti. Bu figürün kötü niyetli ve tehditkâr olduğuna ilişkin bir hisle sıkışıp kalmıştı. Bu figür doğrudan Daisy'nin yüzüne bakmıştı. "Gözleri olmayan, açık ağzı, tek bir kafası, uzun ve akışkan vücudu olan" şekli ile "canlı bir biçimde somut, şeffaf ve duman benzeri" bir yapıdaydı. Daisy nefes alamadığını hissetti ve garip bir uğultu sesi duydu. Çığlık atmak ve bu figürü üzerinden itmek istedi ancak tamamen hareketsiz kalmıştı ve tamamen paniklediğini hissetmişti. Bu ruhun içine doğru hareket edeceğini, boğazını kestiğini ya da kendisini boğduğunu hissetti. Kendisine yarım saat gibi gelen ancak, sonrasında sadece birkaç uzun korkutucu dakika olduğunu fark ettiği bu durum içerisinden en sonunda kurtuldu. Hareket edebilmeye başlayınca, söz konusu garip halüsinasyonlar sönükleşti fakat günün geri kalan kısmında keyifsiz, gergin ve korku içinde kaldı.

Bu, Daisy'nin bu tür bir korku yaşadığı ilk deneyimiydi. Birkaç yıldır kronik, düzenli ve üzücü kâbuslar ile mücadele ediyor olsa da bu olay oldukça farklıydı. Anna, Daisy'nin açıklamaları sonucunda telaşlandı ve Daisy'nin gerçeklik ile bağlantısını kaybetmesinden gizlice korktu. Anna, görüşmeden hemen sonra Daisy'nin psikiyatristi ile iletişime geçti. Bu psikiyatrist, Daisy'yi bir uyku uzmanına sevk etme kararını veren kişiydi. Kâbusları net bir şekilde daha da kötüleşiyordu. Psikiyatrist, uyku bozukluklarında uzmanlaşmış bir klinik psikolog olan Dr. Amy Middleton ile görüşmesi için uyku kliniğinden Daisy için randevu ayarladı.

*Çeviren: Klinik Psikolog Kerim Selvi

Sosyal Geçmiş

Daisy Wu, Doğu Asya sanat tarihi alanında doktorasını sürdüren 28 yaşında bir lisansüstü öğrencisiydi. Daha elverişli olan sanat tarihi alanını seçmeden önce, her zaman yaratıcı, sanatçı ruhlu biri olmuş ve sanatçı olduğu bir kariyere sahip olmayı hep hayal etmişti. Yoğun lisansüstü eğitimi sırasında bile, her gün resim yapmaya devam ediyordu. Mühendislik lisansüstü öğrencisi olan erkek arkadaşı Andrew ile yaşıyordu. 3 yıldır birliktelerdi, iyi anlaşıyorlardı ve sık sık evlenme konusunda konuşuyorlardı. Ancak, Daisy evlenme konusunda kararsızdı. Anne ve babasının Andrew'ü onaylamayacaklarından endişeleniyordu çünkü Andrew Çinli değildi. Adnrew, Daisy'ye karşı destekleyiciydi. Daisy, o korku dolu olayı yaşarken, Andrew diğer odada okul projesi üzerine çalışıyordu. Daisy sarsılmış ve solgun bir şekilde yatak odasından hızlıca çıktığında, Andrew ona rahatlatıcı ve nazik davranmıştı. Bu olayı dile getirme konusunda utanmış ve aynı zamanda aşırı derecede isteksiz olsa da Andrew, bu olayı sosyal hizmet uzmanına anlatması konusunda onu yüreklendirmişti.

Daisy, akademik çalışmaları ile uğraşıyordu. Bütün derslerini bitirmişti ve doktora programını tamamlamak için geriye kalan tek şey teziydi, ancak tezine çalışma konusunda kendini ikna edemiyordu. Tezine çalışmak için her uğraştığında "donup kalıyordu". Tez danışmanından destek göremediğini ve doktorasını bitiremeyeceğini hissediyordu. Birçok yılını lisansüstü eğitim için boşuna harcamış olmaktan korkuyordu. Bölümünden, doktorasını bitirmek için son tarihin belirtildiği aksi takdirde programdan atılma riskinin olduğunu içeren bir mektup almıştı. Ancak yine de verimli bir şekilde çalışamadığını fark ediyordu. Durumuna ilişkin çok büyük kaygı hissediyordu ve duygudurumu, genellikle depresif ve üzgündü. Sıkıntılarının çoğunu kendine saklıyordu ve sıkıntılarıyla hayatındaki diğer kişilere yük olmaktan çekiniyordu.

Ebeveynleri, Daisy'nin doğduğu Hong Kong şehrinde yaşamaktaydı. Daisy 4 yaşındayken aile Boston'a taşınmıştı. Daisy ve Massachusetts'de doğan erkek kardeşi üniversiteye girdikten sonra, anne ve babası yaşlı ebeveynlerine bakmak için Çin'e geri dönmüştü. Daisy'nin babası, ona çocukluğu boyunca kötü muamele eden biriydi. Babası annesine bağırır ve bazen de döverdi. Daisy'ye karşı da genellikle sözlü ve fiziksel olarak kötü davranırdı. Son 4 yıldır mücadele ettiği uyku problemi, kendisine ilaç tedavisi başlatan ve ayrıca Anna ile çalışmasını tavsiye eden psikiyatrist ile görüşmeye başlamasına neden olmuştu. Anna'yı gerçekten sevmişti ve onunla yaklaşık 4 yıldır terapiye devam ediyordu. Çocukluğundaki konular üzerine çalışıyorlardı. Aynı zamanda psikiyatristi, kaygı ve depresyonu için Prozac, BuSpar ve Klonopin vermeye devam ediyordu.

Uyku sorunlarının başlangıcından bu yana, yaklaşık olarak haftada bir ya da iki kere düzenli kâbuslar görüyordu. Bu kâbuslar sırasında, genellikle çığlık atıyor ve yatakta tekme atıyor ve sıklıkla kendini veya Andrew'ü incitiyordu. Kâbusları konu olarak çeşitlilik gösteriyordu ancak çoğunlukla, kendini başkalarından korumak veya haksızlığa uğramak gibi temalara sahipti. Kâbus gördükten sonraki günün tamamında duygudurumu etkileniyordu ve bazen sokakta yürürken, kendini aynı kâbusu tekrar yaşarken buluyordu. Aniden koşuşturmasına neden olan kâbusa ilişkin sahneleri (flashback) ha-

tırlıyordu. Kâbuslardan dolayı perişan bir hâldeydi. Kâbusların duygudurumunu mahvettiğini ve çalışmalarını etkilediğini hissediyordu. Bu kâbuslar onu uyumaktan korkar hâle getirmişti.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Uyku uzmanı Dr. Middleton ile olan ilk seansında Daisy, iş birlikçi ve konuşkandı, ancak aynı zamanda da oldukça asabiydi. Uyuyamamasının ana nedenini, kendisini uyandıran ve sonrasında tekrardan uykuya dalmasını imkansız hâle getiren kâbusları olarak tanımladı. Dr. Middleton, kâbuslara ilişkin geçmiş bilgilerin ve tanımlamaların yanı sıra korkutucu uyku felci deneyimi hakkındaki betimlemeleri de öğrendi. Bir uyku testine girmesini istedi; zira Daisy uyku sırasında nadiren şiddet gösterdiğini anlatmıştı. Rüyaların büyük çoğunluğunun ortaya çıktığı hızlı göz hareketi (Rapid Eye Movement: REM) uykusu sırasında tipik olarak, insanların rüyada gördükleri hareketleri yapmasını ve kendilerine zarar vermesini engelleyen kas atonisi (felci) deneyimlenmektedir. REM uykusu sırasında, tipik olarak sadece gözler hareket etmektedir. Daisy'nin rüya sırasındaki şiddet hareketleri dejeneratif nörolojik bozukluk (ör., Parkinson hastalığı) veya lezyon kaynaklı felç gibi nörolojik bir bozukluğun parçası olabilirdi. Bu nörolojik durumlar oldukça nadirdir, ancak Daisy'nin semptomlarını açıklayabilirdi (Wills ve Garcia, 2002). Daisy'ye, bir uyku testi olan tüm-gece polisomnografi tetkiki klinikte uygulandı. Bu teste tabi tutulan hasta tüm geceyi klinikte uyuyarak geçirmekte ve değerlendirme, kafa derisi ve yüzdeki elektriksel uyarımların, vücut hareketlerinin ve pozisyonlarının ve nefes alışverişinin çoklu kaydını içermektedir. Daisy'nin uyku testi ve tıbbi değerlendirme sonuçları, nörolojik bozukluk ihtimalini ortadan kaldırdı.

Dr. Middleton, Daisy'den ayrıca kişilik özelliklerini ortaya koyan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2'yi (MMPI-2) tamamlamasını istedi. Dr. Middleton, böylece Daisy'nin işleyişini daha iyi anlayabilecek ve planladığı tedaviyi Daisy'nin tolere edip edemeyeceğinden emin olabilecekti. MMPI profili yetersizlik korkuları ve yüksek seviyedeki serbest yüzen anksiyetisi ile birlikte önemli ölçüde sıkıntı ve huzursuzluk deneyimlediğini gösteriyordu. Cevapları, güvenli davranış sergileme konusunda problem yaşadığını ve öfke deneyimlediğinde suçlu hissettiğini ortaya koyuyordu. Benzer profile sahip kişiler, genellikle patlamaya hazır ve şiddet uygulayan ebeveynlerin bulunduğu ailelerden gelmektedir. Bu kişiler öfke ataklarından korunmak için dikkat çekmeyen biri olmayı öğrenirler. Daisy'ninkine benzer MMPI cevapları olan kişilerce kullanılan diğer baş etme stratejisi ise, psikolojik problemlerini inkâr etme ve duyguları bastırma eğilimidir. Daisy'nin profili, tedavinin stresi ile baş etmek için gerekli olan psikolojik dirence sahip olduğunu göstermişti. Tüm bunlara ek olarak Daisy kâbuslarını ve bu kâbuslarının hayatı üzerindeki etkisini ölçen ölçekler doldurmuştur. Bu ölçekler böylece, söz konusu tedavinin, semptomların şiddetinde veya sıklığında bir azalmaya yol açıp açmadığını görmek için tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında karşılaştırma yapmaya imkân sağlayacaktı.

Dr. Middleton, Daisy'nin durumunu kâbus bozukluğu olarak teşhis etti. Dasiy'nin uykuda paralize olduğu, kötü ruhu gördüğü ve hissettiği korkutucu deneyimin ise *izole uyku felci (İUF) (isolated sleep paralysis: ISP)* olarak adlandırıldığını ve aslında bu deneyimin birincil problemi olan kâbus bozukluğundan farklı bir durum olduğunu açıkladı. Çok ra-

hatsız edici olsa da, izole uyku felci şaşırtıcı bir şekilde toplum arasında yaygındır. Bireyin uyku düzeni bozulduğunda ve birey çok fazla stres altında olduğunda bu durumun meydana gelme olasılığı çok daha yüksektir. Kronik uyku problemine (imsomnia) bağlı kâbuslar gören ve akademik sorumluluklara ilişkin stres deneyimleyen Daisy için bu her iki durum da geçerliydi. Dr. Middleton, uyku kalitesini ve miktarını artırdıkları takdirde izole uyku felcinin oluşma ihtimalinin azalacağı konusunda Daisy'ye güvence verdi. Kâbus bozukluğu Daisy'nin kötü uyumasına neden olduğu için Dr. Middleton, insomniyi iyileştirmek ve uyku felcinin ileride ortaya çıkma ihtimalini azaltmak için kâbus bozukluğunu tedavi etmeyi teklif etti. Önerdiği tedavi, uyku eğitimini ve bir alışkanlık olarak rahatsız edici rüyaları kavramsallaştırmayı içeren ve ayrıca kâbusların senaryosunu tekrardan yazmak için imgeleme alıştırmasını kullanan bir bilişsel davranışçı tedavi olan imgelem prova terapisi (IPT) idi. Bu tedavi hastaların kontrol algısını artırmakta ve hastaların, rahatsız edici rüyaların içeriği üzerinde egemen olmalarına yardım etmektedir.

Değerlendirmelerin tamamlanmasından ve Daisy'nin kâbus bozukluğu tedavisi görmeyi kabul etmesinden sonra, ilk tedavi seansı ayarlandı. İlk seanstaki amaç, Daisy'yi kâbuslar hakkında eğitmek ve imgeleme tekniklerini öğretmekti. İnsanların, kontrol edilemez olaylara ya da travmatik olaylara maruz kaldıklarında, söz konusu olayı duygusal olarak işlemlemelerine yardımcı olan bir yöntem olarak değerlendirilebilecek kâbuslar geliştirdikleri görülmektedir. Geliştirdikleri bu kâbuslar, yoğun olumsuz duyguları dağıtabilmekte ve kişilerin adapte olmalarına yardımcı olabilmektedir. Aslına bakılırsa, kâbuslar, uyanıkken ele almanın çok zor olduğu yoğun duyguların çıkış noktası gibi işlev görebilmektedir. Ayrıca, kâbuslar insanların, travmatik olayların detaylarına ilişkin anılara odaklanmalarına ve bu anıları biçimlendirmelerine yardımcı olabilmektedir. İleriki süreçte benzer bir tehdidin olması durumunda bu anılar hayati bir önem taşımaktadır. Ancak bu kâbuslar çok uzun süre devam ettiğinde artık yararlı olmaktan çıkmakta, hatta zararlı bir hâl almaktadır. Kâbuslar, uykuya engel olan bir alışkanlık hâline gelebilmektedir. Kötü bir alışkanlığı değiştirmek için o alışkanlığı yapmamaya başlamak gereklidir. Dr. Middleton ayrıca gün içindeki unsurların sonraki süreçte rüyalarda görülebileceği gibi rüyaların gün içindeki davranışlardan da etkilenebildiğini açıklamıştır. Dolayısıyla bu tedavinin amacı, gün içinde uygulamalar yapmak ve kâbuslar hakkındaki düşünceleri değiştirmekti. Böylece Daisy, imgeleme kullanarak kâbuslarını değiştirmeyi öğrenebilecekti. İmgeleme, yapılandırılmış istemli bir hayaldir. Daisy, Dr. Middleton'nun açıklamalarındaki mantığı kolayca anladı. Ayrıca, kâbuslarının anlamını ve amacını kavramaya yönelik olan bu yeni yönteme ve bu kâbusların kötü bir alışkanlık hâline nasıl gelebildiğine dair merakı uyandı.

İlk seansın geri kalan kısmı, Daisy'ye imgeleme uygulamalarının öğretilmesi için harcandı. İlk olarak terapi odasındaki kanepeye uzanması ve gevşeme tekniklerini uygulaması öğretildi. Sonra, kırmızı rengi hayalinde canlandırması ve sonrasında bu rengin mavi renge geçişini izlemesi istendi. Bunu başarıyla hayal edebildiğinde, tebeşirin kara tahta üzerinde çıkardığı tiz sesi duyduğu ve sonrasında ise ufalanan tebeşir tozlarını gözünde canlandırdığı alıştırmalar yapıldı. Sonraki aşamada ise hayal ettiği amonyak kokusunu limon kokusuna çevirdiği egzersizler yaptı. Gece yarısı ortaya çıktığını hayal ettiği siren sesini yumuşak bir flüt sesine dönüştürdüğü denemeler yaptı. Karanlık bir tünelden yürürken, bu tünelin aydınlık, havadar bir plaja açıldığını gözünde canlandırdı. Bu imgeleme tekniklerinde uzmanlaştıktan sonra, hoş olmayan imgeler ile başa çıkabilmesi için kendisine bilişsel davranışçı yöntemler de öğretildi. Örneğin, sahili imgelerken, yaklaşmakta olan fırtınanın gerçekçi

görüntüsünü bu imgeye dâhil etmesi istendi. Sonrasında, gevşeme tekniklerini uyguladığı sırada dur işaretine ilişkin zihinsel imgeyi kullanarak düşüncelerini engelleyebilmeyi öğrendi. Ayrıca, olumsuz imgelere odaklanmak yerine vücudunun kanepe ile temas ettiği tüm noktalara odaklandığı, topraklama teknikleri (grounding techniques) de öğretildi. Tüm bunlara ek olarak, deneyim hakkında yargıda bulunmadan, deneyimin oluşmasına ve geçip gitmesine izin veren ve aynı zamanda duygulara ve fiziksel duyulara odaklanarak mevcut ana ilişkin farkındalık geliştirme becerisini ifade eden bilinçli farkındalık (mindfullness) kendisine öğretildi.

Daisy bu teknikleri öğrenmekten keyif alıyor gibi görünüyordu. Ayrıca, seanslar sırasında iş birlikçiydi ve kendini seanslara veriyordu. İlk seanstan ayrılmak üzereyken duraksadı ve izole uyku felcinin yaygın olduğunu duyduktan sonra korku dolu deneyimini annesi ile yaptığı Skype görüşmesinde paylaşmak için cesaretlendiğini Dr. Middleton'a anlattı. Annesi sakince gülümseyip, bu duruma *hayalet baskısı (ghost oppression)* denildiğini belirttiğinde Daisy şok olmuş ve şaşırmıştı. Eski dönemde Çin'de herkes bu durumun geceleri insanları rahatsız eden hayaletler tarafından gerçekleştirildiğine inanırdı. Şu an da çok az insan, hayaletlerin neden olduğuna inansa da bu isim yapışıp kalmıştı. Annesi hiçbir zaman böyle bir durum yaşamamış olsa da, bu durumun neden olduğu korkuya aşinaydı.

Daisy bir hafta sonra ikinci seans için kliniğe geri geldi. İlk seansta üzerine çalıştığı alıştırmaları içeren ev ödevlerini tamamlamıştı. Dr. Middleton, üzerinde çalışmaya başlamak için Daisy'den nispeten daha ılımlı olan bir kâbusunu belirlemesini istedi. Daha az rahatsız edici kâbusun üstesinden geldikten sonra aşama aşama daha kötü kâbuslar üzerinde çalışmaya başlayacaklarını anlattı. Daisy son günlerde gördüğü bir kâbusu seçti. Örümcek ağlarıyla ve yüzlerce örümcekle dolu eski bir evde uyanmış ve ebeveynlerini hareketsiz, yarı ölü bir şekilde büyükçe bir kozaya sarılmış hâlde bulmuştu. Uyanana kadar yatağın içinde dönüp durmuştu. Dr. Middleton, mümkün olduğunca ayrıntılı olacak şekilde bu rüyayı istediği gibi tekrardan yazmasını istedi. Daisy, aydınlık ve güneşli bir güne uyandığını yazdı. Sonra dışarıya çıktı ve bahçedeki küçük verandada ailesiyle beraber kahvaltı yaptı. Dışarıda hafif bir esinti vardı. Verandayı çevreleyen bahçeyi detaylıca anlattı—kuş besleyicisine gelen kuşların cıvıltıları, fıskiyeden çıkan suyun evin duvarına çarpması sonucu oluşturduğu ses. Bu rüyayı tekrardan yazarken pozitif imgeler bulmakta zorlanmıştı çünkü kafasının söz konusu kâbustaki olumsuz imgelere ilişkin düşüncelerle meşgul olduğunu fark etti. Dr. Middleton, bu düşünceler ile baş etmek için gevşemeyi kullanması yönünde kendisine destek verdi. Bir noktada, Daisy ağlamaya başladı ve bu kötü imgelerden kurtulmayı başaramadığını belirtti. Dr. Middleton, çocukluğuna ait yastan kurtulmasının Daisy için zor olduğunu not etti ve koza içindeki ebeveyn imgesinin ebeveynlerinin Daisy'ye karşı ne kadar kapalı olduklarını, örümceklere ilişkin imgenin ise evinin tehlikeler ile dolu olduğunu sembolize edebileceğini belirtti. Ancak Dr. Middleton, rüyanın anlamına odaklanmanın rüyayı değiştirmek noktasında gereksiz olduğuna da dikkat çekti. Yeni rüyasını sonraki 2 hafta boyunca günde 10 dakika olmak üzere tekrarlaması gerektiğini ve 3 gün sonra farklı bir kâbusu yeniden yazmak için seçmesi gerektiğini Daisy'ye hatırlattı. Ayrıca, zihinsel olarak yeniden yapılandırılmış her iki rüyayı da kalan iki haftalık süreçte yinelemesi gerektiğini belirtmişti.

Üçüncü seans 2 hafta sonra yapıldı. Dr. Middleton kâbusların illaki geçmişteki bir travma ile bağlantılı olması gerekmediğini ancak öğrenilmiş bir davranış, kötü

bir alışkanlık olarak da görülebileceğini tekrardan gözden geçirdi. Rahatsız edici rüyaların sayısının azaltılması ile hiç kimsenin daha kötü hissetmediği belirtti. Daisy önceki hafta, imgeleme alıştırmalarını başarıyla gerçekleştirmiş ve daha fazla rahatsız edici olan bir rüyanın üstesinden gelmişti. Gördüğü ikinci kâbusta, sinema salonunda otururken bir adam bir sürü sirk maymunuyla film başladıktan sonra salona girmişti. Daisy, adama karşı öfkeli hissetmişti çünkü adam filmi mahvetmişti. Rüyanın geri kalan kısmında aynı adam mutfakta bıçak ile Daisy'yi tehdit ediyordu. Daisy bu rüyayı şu şekilde yeniden yazdı; adam tehditkâr değil, dostça davranıyor, akşam yemeği hazırlama sürecinde sebzelerin doğranmasına yardımcı olmak amacıyla bıçağı kullanıyordu. Bu sahneyi kolaylıkla gözünde canlandırabilmişti.

Daisy'nin önceki ölçekleri tekrar doldurduğu takip seansı bir ay sonra gerçekleştirildi. Daisy, kâbuslarının sıklığı ve zorluğu konusunda dramatik bir azalma olduğunu bildirdi. O ay içinde birkaç kâbus görmüş olsa da, bunların artık hayatını zorlaştırmadığını hissetmişti. Daha başka izole uyku felci deneyimi de yaşamamıştı. İzole uyku felcini deneyimlemekten dolayı memnun hissettiğini çünkü bu deneyimin uyku uzmanı ile görüşmesine neden olduğunu belirtmişti. Önceki süreçte kâbusların doğrudan ele alınabileceğinin farkında değildi. Topraklama, bilinçli farkındalık ve canlandırma teknikleri kullanmaya başladığını ifade etti. Tezine çalıştığı ve tezinde başarılı olduğu anı gözünde canlandırmıştı. Daha yetkin hissetmenin yanı sıra, hayatı ve duyguları üzerinde daha fazla kontrolünün olduğunu hissettiğini belirtti. Sonrasında terapi tamamlandı.

2 ay sonra, Dr. Middleton'a, doktora tezini başarıyla savunduğunu ve iki hafta içinde mezun olacağını belirten bir kartpostal göndermişti. Ailesine Andrew ile evlenme niyetini söylemiş, onlar da Daisy'nin bu kararını kabul etmek ve desteklemek zorunda kalmıştı. Andrew ve Daisy düğün tarihini mezuniyetinden bir ay sonrası için ayarlamıştı. Kâbuslarının ve uykusuzluğunun başarılı bir şekilde çözümlenmesinden dolayı Dr. Middleton'a minnetlerini sunmuştu.

Tartışma

Daisy, *DSM-5*'e (APA, 2013) göre uyku-uyanma bozukluklarından biri olan kâbus bozukluğu kriterlerini karşıladı. Uyku-uyanma bozuklukları, uyku apnesi gibi solunum ile ilişkili bozukları, insomni gibi uyku miktarındaki veya zamanlamasındaki anormallikleri içeren dissomnileri ve uyku ile ilişkili anormal davranışları ya da fizyolojik olayları içeren parasomnileri kapsamaktadır. Bir parasomni olan kâbus bozukluğu, bireyin işleyişini etkileyen sık, son derece rahatsız edici, korkutucu, tehditkâr rüyalar ile karakterize edilmektedir.

Uyku hem fiziksel sağlık hem de insanların genel iyilik hâli için kritik öneme sahiptir. Yetersiz düzeydeki uyku, duygudurum, biliş ve genel performanstaki sorunlarla ilişkili olmuştur (Bootzin ve Epstein, 2011). Yeterince uyuyamayan kişiler hafıza ve konsantrasyon konusunda sıkıntı yaşamaktadır. Ayrıca, bu kişilerin depresif olma riski oldukça yüksektir. Yetersiz uyku ayrıca ileriki dönemdeki anksiyete güçlüklerini ve negatif duygudurum deneyimlerini yordamaktadır. Ayrıca uyku yoksunluğu, duygu düzenleme problemleri ile doğrudan bağlantılıdır; birçok psikiyatrik zorluğun ortaya çıkmasında ve devam etmesin-

deki temel mekanizma insomni olabilmektedir (Harvey, 2008). Uyku kaybı, bir hedefe ulaşamadıklarında insanları daha kötü hissettirir, ulaştıklarında ise iyi uyuyabildikleri durum kadar iyi hissettirmez. Uykusuzluk ayrıca iştahı artırarak ve normal metabolizmaya müdahale ederek obeziteyi daha kötü bir hâle getirmektedir (Harvey, 2011). Daisy'nin uyku bozukluğu, sinirlilik hâli, depresif ruh hâli ve endişe durumunun başlamasında önemli bir rol üstlenmiş olabilir, ayrıca olumsuz duygudurumunu sürdürmesine de katkı sağlamış olabilirdi. Üstelik duygudurumundaki bozulmalar da muhtemelen uyku güçlüğünü artırmıştır.

Uykunun, insanın yaşamındaki önemine ilişkin kanıtlar artmasına karşın, Amerika'daki yetişkinlerin büyük bir kısmı uyku bozukluğu ya da yetersiz uyku yaşadığını bildirmektedir. Yetişkinlerin sadece yüzde 30'u yeterince uyuyabildiğini; yüzde 10'u ise hiçbir zaman iyi uyuyamadığını belirtmiştir (CDC, 2009). Özellikle üniversite öğrencileri, hem günlük programlarının ders saatlerine göre çok fazla değişmesi ve geç saatlere kadar çalışmaları hem de kötü uyku hijyeni uygulamaya yatkın olmaları sebebi ile uyku problemleri konusunda risk altındadır (Brown, Buboltz ve Soper, 2002). Örneğin, kafein ve alkol kullanımı, gürültü, uyumaya çalışırken hissedilen endişe, susamış bir şekilde yatağa gitme, düzenli egzersizin eksikliği, düzenli yatma vaktinin olmaması gibi durumların hepsi kalitesiz uyku ile ilişkilidir. Birçok öğrenci hafta sonlarında daha fazla uyuyarak hafta içindeki uyku eksikliğini gidermeye çalışmaktadır ancak bu durum uyku bozukluğunu daha da kötüleştirebilmektedir (Gaultney, 2010). Son birkaç on yıldır hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de Hong Kong ve Çin'in diğer bölgelerinde üniversite öğrencileri önceki yıllara göre daha az uyumaktadır ve uyku ile ilişkili daha fazla problem yaşadıklarını rapor etmektedir (Sing ve Wong, 2010). Hong Kong'daki kadın üniversite öğrencilerinin, özellikle uyku problemleri ve uykuyu engelleyen endişe rapor etme ihtimalleri yüksektir (Suen, Hon ve Tam, 2008). Dolayısıyla, Daisy'nin kültürel geçmişi ve Çin'deki erken dönem yaşantısı, Amerika Birleşik Devletleri'nde bir üniversite öğrencisi olarak deneyimlediği kötüleşmiş uyku kalitesi ve miktarı ile tutarsız değildir.

Daisy'nin uykuya ilişkin temel problemi kronik kâbuslarıydı. Rüyalar, insanların travmatik olaylar ya da stres ile baş etmesinde yararlı işlevlere sahiptir. Bu durum özellikle de tehlike, hayal kırıklığı veya kişisel başarısızlık gibi tehditler taşıyan korkutucu rüyalar ile yani kâbuslar ile ilişkili olabilmektedir (Roberts, Lenning ve Heard, 2009). Araştırmalar, kâbusların diğer başa çıkma stratejilerinin bir devamı olduğu görüşündedir (Picchioni ve Hicks, 2009). Ayrıca, kâbusların baş etme yöntemi olarak nasıl kullanıldığı konusunda kültürel farklılıklar söz konusudur: Avrupalı Amerikalıların rüyalarını başkaları ile paylaşma ve duygusal açıklamaları içeren sosyal destek arama ihtimali daha yüksekken, daha sık ve yoğun kâbuslar gören Asyalı Amerikalar için baş etme yöntemleri, stresörlerden uzak durmak, duyguları kontrol etme çabalarını artırmak veya sorunu çözmeye çalışmak gibi diğer baş etme stratejileri ile ilişkilidir. Her ne kadar kâbuslar, stresle baş etmenin bireysel odaklı bir yöntemi olabilse de, kâbusların gerilimi ortadan kaldırmak için değil, gerilimi tetiklemek için ortaya çıktığı görülmektedir. Bu yüzden daha fazla olumsuz yaşam olayına sahip bireyler daha fazla kâbus görmekte, kâbusları konusunda daha fazla rahatsızlık hissetmekte ve anlamlı ölçüde daha yüksek anksiyete seviyesi rapor etmektedir (Roberts

ve ark., 2009). Daisy için kâbuslar kesinlikle endişe kaynağını temsil etmekteydi çünkü bu kâbuslar onun için çok acı verici ve üzücüydü.

Kâbuslar oldukça yaygındır: Üniversite öğrencilerinin yüzde 86'sı önceki sene bir kâbus gördüğünü, dörtte biri ise aylık olarak kâbuslar gördüğünü rapor etmektedir (Zadra ve Donderi, 2000). Araştırmalar ayrıca, insanlardan rüyalarının sıklığını hatırlamaları istendiğinde, kötü rüyaların gerçekte olduğundan daha az rapor edilme ihtimalinin olduğunu belirtmiştir. İnsanların yaklaşık yüzde 10'u her hafta kâbus gördüğünü (Levin ve Nielsen, 2007), yüzde 8'i ise kâbuslar ile ilgili önemli bir problem yaşadığını belirtmiştir (Miro ve Martinez, 2005). Kâbuslar kadınlar arasında daha sık görülmektedir. Ayrıca, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde daha yaygındır. Kâbusların sıklığı, yetişkinlikten yaşlılık dönemine geçişte azalmaktadır (Levin ve Nielsen, 2007). Daisy'nin uyku güçlüğü kâbuslar ve herhangi bir kâbus görme korkusu etrafında dönmüştür.

Önceki süreçte de kâbuslar ile mücadele ediyor olsa da, izole uyku felci (İUF) Daisy için en korkunç olan ve sonuç olarak bir uyku uzmanı ile görüşmesine neden olan deneyimiydi. Bireyler uykuya daldıklarında ya da uyandıklarında İUF ortaya çıkmaktadır. Bu olay sırasında, bireyler gözlerini açabilir ancak çevrelerinden tamamen haberdar oldukları birkaç dakikalık süre zarfında hareket edemezler (Paradis ve ark., 2009). Üniversite öğrencilerinin büyük bir çoğunluğu olumsuz tepkilerden korkup başka kişilere söylemekten kaçınsa da yaklaşık yüzde 30'u, en az bir tane İUF yaşantısı deneyimlediğini rapor etmektedir. İUF yaşantıları genellikle korku, tehditkâr bir varlığın hissi, göğüs üzerinde baskı hissi ve nefes almada güçlük, canlı ve korkutucu işitsel veya görsel halüsinasyonlar ile ilişkilidir. Öğrencilerin yaklaşık yüzde 5'i Daisy'nin de tarif ettiği gibi birçok semptomun birleşimini deneyimlemektedir (Cheyne, 2002; Cheyne, Newby-Clark ve Rueffer, 1999). Birçok insan İUF'yu hiç duymamış olsa da, birçok kültürde bu durumu tanımlamak için yaygın olarak bilinen bir kelime veya bir deyim bulunur. Japonya'da bu tür yaşantılar "demir halat ile bağlanmak" anlamına gelen (Davies, 2003) *kanashibari* (Arikawa, Templer, Brown, Cannon ve Thomas-Dodson, 1999) olarak adlandırılmaktadır. Meksika'da bu olgu bir halk tabiriyle "üzerime tırmanmış ölü beden" olarak tanımlanmaktadır (Jimenez-Genchi, Avila-Rodriguez, Sanchez-Rojas, Terrez ve Nenclares-Portocarrero, 2009). Büyük Britanya'da ise bu deneyim, geleneksel bir söylemle *askıya alınma (stand stills)* olarak adlandırılmakta ve uyku sırasında ruhun bedenden ayrılması, sonrasında ise uyanma esnasında ruhun geri dönememesi durumunda ortaya çıktığı düşünülmektedir (Dahlitz ve Parkes, 1993). Endonezya'da *tindihan* olarak yani ruhlar tarafından bastırılmak olarak anılmaktadır. Salem cadı mahkemeleri ve büyücülük konusundaki diğer tarihî suçlamalar üzerine yapılmış araştırmalar da İUF'nun modern tanımlamalarına benzer durumlar ortaya koymaktadır (Davies, 2003). Hong Kong'da, Çinliler bu deneyimleri "hayalet baskısı" (ghost oppression) olarak tanımlamakta ve Çin'de, MÖ 400 yılında rüyalar üzerine yazılmış bir kitapta İUF'nun betimlemeleri görülmektedir (Wing, Chiu, Leung ve Ng, 1999). Bir dizi geleneksel kültürde ise bu olgu daha açık bir şekilde tartışılmaktadır.

İUF tipik olarak tek bir kez ortaya çıkmaktadır ancak bazı insanlar tekrarlayan İUF epizodları deneyimlemektedir (Dahlitz ve Parkes, 1993). İUF deneyimleyen birçok insan aynı zamanda anksiyete (Paradis ve ark., 2009) veya depresyon (Szklo-Coxe, Young, Finn ve Mignot, 2007) konusunda da ciddi bir güçlük çekmektedir. İUF, sırt üstü yatma pozisyonu,

stresli yaşam olayları ve uyku bozukluğu ile ilişkilidir (Paradis, Friedman ve Hatch, 1997). Ayrıca, Daisy'nin İUF deneyimi de hayatında birçok stresörün olduğu ve uykusunun sürekli olarak bozulduğu bir zamanda ortaya çıkmıştır. Daisy'nin içinde bulunduğu bu durum, muhtemelen bu İUF yaşantısının ortaya çıkma olasılığını artırmıştır.

Daisy'nin parasomnileri, kâbus bozukluğu ve İUF yaşantısı, uyku güçlüğü ile ilişkiliydi. Dr. Middleton, Daisy'nin insomnisini direkt olarak değil, rüya görme şeklini değiştirerek dolaylı olarak ele almıştır. İnsomninin teşhis edilmesindeki temel olgu bireyin gerçekte ne kadar uyuduğu değil, yeterince uyuyamadığını öznel olarak hissetmesidir (Dikeos ve Soldatos, 2005). Yetersiz uyku rapor eden bireyler hem uyanıklık hem de uyku durumunda, özellikle de yatma vaktinde ortaya çıkan uyku konusundaki anksiyeteye bağlı olarak, daha fazla merkezî sinir sistemi uyarılmasına sahiptir. Daisy gibi kronik insomni deneyimleyen birçok birey, duygularından kaçınma ya da duygularını bastırma eğilimindedir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Bireyler, rüyalarını hatırlama ve bu rüyaları canlı bir şekilde anlatma konularında farklılık göstermektedir. Rüyalarını canlı bir şekilde anlatan kişiler, daha fazla hayal gücüne ve istemli olarak tüm dikkatini belirli bir işe verme becerisine sahiptir. Ayrıca bu insanlar, üretken bir iş içerisindeyken öz farkındalığın azalmasına ilişkin hissi ifade eden akış durumlarını (states of flow) daha iyi deneyimleyebilmektedir (Watson, 2001). Tüm dikkatini belirli bir şeyin üzerine verebilme becerisi, aynı zamanda hipnotik beceri ile de ilişkilidir. Daisy, bekleneceği üzere yüksek seviyede artistik yaratıcılık göstermiştir. Bu tür bireyler, psikolojik materyallerin farklı bilinç seviyeleri arasındaki sınırları kolayca aşabileceğini ifade eden "ince sınırlara" sahip bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu ince sınırların hipnagojik (uykuya dalarken görülen rüyaya benzer çarpıcı görüntüler) ve hipnopompik halüsinasyonlar (uyanıkken görülen görüntüler) gören kişiler arasında mevcut olması daha muhtemeldir. İnce sınırlara sahip insanlar, daha sık kâbus gördüklerini belirtirler ve gördükleri kâbuslardan dolayı gün içinde etkilenme ihtimalleri daha yüksektir (Miro ve Martinez, 2005). İnce sınırlara sahip bireyler için kâbuslar hem iş yerindeki sorunlar gibi stresli yaşam olayları ile hem de istismar, ihmal ve makul olmayan ceza gibi çocukluk dönemine ilişkin problemler ile ilişkilendirilmektedir (Blagrove ve Fisher, 2009).

Bir kâbusu neyin oluşturduğunu tanımlamak çetrefillidir. Rüyalar sıklıkla olumludan ziyade, olumsuz içeriğe ve duygusal ruh hâline sahiptir (Zervas ve Soldatos, 2005). Kâbuslardan yakınan kişilerin, mevcut stresli yaşam olayları ve çocukluk travması geçmişi rapor etme olasılıkları daha yüksektir. Bu kişiler psikolojik sıkıntıları değerlendiren ölçeklerden daha yüksek puanlar almakta ve daha fazla suçluluk, anksiyete ve depresyon hissi rapor etmektedir (Berquier ve Ashton, 1992). Kâbuslar nedeniyle sıkıntı yaşayan bireylerin uyanıkken hem fizyolojik hem de psikolojik olarak tepkisel olma ihtimalleri daha yüksektir (Levin ve Nielsen, 2007). Yine bu kişilerin içsel duyumlara odaklanma, somatik yakınma rapor etme ve duygusal olarak tepkisel olma olasılıkları daha fazladır. Ayrıca, bu bireylerin *duygu sıkıntısı (affect distress)* —yüksek düzeyde olumsuz duygu ve bu duygu ve sıkıntının aşırı derecedeki davranışsal gösterimi— deneyimleme ihtimalleri daha yüksektir. Sıkıntının işareti olan bu örüntünün, istismar, ihmal veya güvensiz bağlanma ortamında yetişmiş bireyler arasında görülme ihtimali daha yüksektir. Özelikle de, insanlar stres altındayken

kontrollerini kaybettiklerini hissettiğinde bu örüntünün tetiklenme ihtimali muhtemeldir. Daisy istismar içeren bir aile geçmişine sahipti ancak muhtemelen Çin'in kültürel değerlerinin etkisi ile olumsuz duygusunu ortaya koyacak aşırı davranışları nadiren dışa vurmuştu. Yine de kâbuslarına ilişkin sıkıntıları söz konusu araştırma bulguları ile tutarlıdır.

Rüyalar hoşa gitmeyen duyguların düzenlenmesine hizmet edebilmektedir. Üzücü rüyalara ilişkin görüntüler gün içindeki duygusal olaylar ile tetiklenmekte ve rüyadaki bu görüntüler rüyayı gören kişinin kendi sıkıntısını azaltma girişimi olabilmektedir. Bu girişim, kişinin deneyimlediği yaşantıların anlamını ya da bağlamını değiştirerek bu deneyimlerin çelişkili yapısını ortadan kaldırmaktadır (Kirmayer, 2009). Bu süreç etkili olduğunda, rüyalar, gece boyunca daha az rahatsız edici bir hâl almaktadır. Ancak, etkisiz olduğunda ise rüya çok yoğun bir şekilde olumsuzlaşmakta ve rüya gören kişiyi kâbus ile uyandırmaktadır. Üzüntü verici rüyalar, korkuya ilişkin anıları ortadan kaldıran ve olumsuz duygulanımı azaltan rüyaya ait işlevdeki bir bozulma olarak değerlendirilebilir (Levin ve Nielsen, 2009). Uyanıkken tehdit edici şeylerin bastırılmaya çalışması, tehditkâr temaların ya da unsurların ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek olduğu rüyalarda geri tepebilmektedir (Wegner, Wenzlaff ve Kozak, 2004). Yüksek düzeyde duygusal sıkıntıya sahip insanlar, rüyaların içeriğini tehdit edici unsurlar olarak değerlendirebilmekte ve böylece panik atak sırasında ortaya çıkan yanlış alarm durumundaki gibi, bu unsurları tehlike ve tehdit edici uyaran olarak algılayıp bunlara panik tepki ile karşılık verebilmektedir (Levin ve Nielsen, 2009). Bu durum da sıkıntı veren kronik kâbuslar ile sonuçlanmaktadır. Daisy, başkalarına yük olmaktan kaçınmanın kültürel değeri ile yetiştirildiği için kişisel zorlukları hakkında bahsetmekten kaçınma eğilimindeydi. Korkuları konusunda düşünmekten kaçınma girişimlerinin geri tepmesi, korkularının daha belirginleşmesi ve bu korkuların kâbusun içeriği olarak ortaya çıkması ihtimalini artırmaktaydı. Tüm bunlara ek olarak Daisy, rüyalarındaki görüntülere korkuyla tepki vermesi noktasında kendisini savunmasız bırakabilecek yüksek düzeyde duygulanım sıkıntısına sahipti.

Uyku felci, bazı durumlarda, uyanıkken ortaya çıkan istemsiz ve ani uyku atakları ile nitelendirilen ve narkolepsi olarak adlandırılan farklı bir uyku bozukluğunun bir parçası olarak oluşabilmektedir. Narkolepside genetik bir unsur vardır. Aynı zamanda narkolepsiden ayrı olarak ortaya çıkan İUF durumunda da çevresel ilişkiler söz konusu olsa da genetik unsur da etkili olabilmektedir. Genel olarak uykuyu engelleyen şeyler (depresyon ve anksiyetenin yanı sıra stres yaratan yaşam olayları) İUF nöbeti deneyimleme ihtimalini artırmaktadır. Uyku felci deneyiminin, uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan REM uyku atonisine bağlı olduğu düşünülmektedir (Dahlitz ve Parkes, 1993). REM uyku atonisi, REM uykusu sırasında kas kontrolünün olmamasıdır.

Tedavi

Kâbus bozukluğu tedavisinde en fazla destek gören yöntem, Dr. Middleton'nun Daisy'nin sürecinde de kullanmış olduğu imgelem prova terapisidir (IPT). Bu tedavi yönteminin hem kâbus sıklığını hem de kâbuslar ile ilgili sıkıntıyı azalttığı gösterilmiştir (Krakow ve Zadra, 2006). IPT'nin iki temel bileşeni vardır. Birincisi eğitimsel ve bilişsel yeniden yapılandırmadır. Bu bileşen, danışanların kâbusları değerlendirme biçimini değiştirmektedir. Böylece danışanlar, söz konusu kâbusların uykuyu olumsuz yönde etkileyen öğrenilmiş davranışlar olduğunu anlamaktadır. İkinci bileşen ise kâbusları azaltmak için imgelemi nasıl kullana-

caklarını öğreten imgeleme çalışmasıdır. IPT'nin başarılı olmasının ana nedenlerinden biri, olumsuz duyguları ve sıkıntıları azaltan kontrol hissini ortaya çıkararak bireylerin rüyaları üzerindeki hâkimiyet hissini artırması olabilir (Germain ve ark., 2004). IPT, kâbus şiddetini ve sıklığını azaltmanın yanı sıra depresyon ve kaygı düzeyini ve diğer travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarını azaltır. Bu durum Dr. Middleton'nun Daisy'nin tedavisinden yaptığı gibi, kâbusun gelişimine katkı sağlayan travmatik çökelticilere odaklanmadan da kâbus bozukluğunun direkt olarak hedeflenebileceğini göstermektedir.

Asyalı Amerikalılar ve Psikolojik Müdahaleler

Kültürel konuları, özellikle de Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada gibi çeşitlilik gösteren toplumlarda göz önünde bulundurmak önemlidir. Zihinsel hastalıklarda ve birçok hastalığın engellenmesi ve tedavisinde, biyolojik etmenlerin rolüne ilişkin bilgimiz artsa da sosyal koşullar göz ardı edilemez. Daisy'nin etnik kökeni nedeniyle, bu vaka çalışmasını psikoterapide çeşitlilik konularını dikkate alarak kapatacağız.

Hastaların kültürel ve etnik köken konusunda kendilerine benzeyen terapistlerle daha iyi sonuç aldıkları genellikle varsayılmaktadır. Hasta ile benzer geçmişe ve aynı cinsiyete sahip terapistler hastanın hayat şartlarını daha iyi anlayabilir ve onlarla daha iyi bir ilişki kurabilir. Hasta ve terapist arasındaki benzerlik terapötik ittifakı güçlendirebilir. Ancak hasta ve terapistin benzer ırk ya da etnik kökenden geldiği durumlarda daha iyi tedavi sonuçlarının elde edildiği gösterilememiştir (Beutler, Machado ve Neufeldt, 1994). Daisy'nin örneğinde de olduğu gibi, terapistlerin ve danışanların farklı etnik kökenlerden geldiği ve farklı cinsiyetlere sahip olduğu birçok başarılı vaka vardır. Bu alandaki çalışmalar grupların psikoterapiye verdikleri tepkilere ilişkin genellemeleri içermektedir. Bu da insanları basitleştirme ya da basmakalıp kategoriler altına sokma riskini ortaya çıkarmaktadır. Bununla birlikte, etnik ve kültürel faktörler giderek önemli etmenler olarak kabul edilmektedir. Terapistler, kendi değerleri geleneksel Asya değerleriyle çatıştığında ve bu ırksal farklılıkları görüşmelerde açık bir şekilde kabul ettiklerinde, kabul etmedikleri duruma göre, Asyalı danışanlar tarafından kültürel olarak daha yetkin terapistler olarak algılanmaktadır (Li, Kim ve O'Brien, 2007). Bu konuları açık bir şekilde konuşmak terapötik ilişki için faydalıdır.

Daisy, Çin'de doğmasına karşın Amerika Birleşik Devletleri'nde büyüdüğü için Asyalı Amerikalılar ile yapılan tedavilere ilişkin burada bazı genel yorumlar sunulmaktadır. Ancak öncelikle Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Kanada'da yaşayan Asyalıların yanı sıra, dünyanın başka yerlerinde yaşayan Asyalıların 40'tan fazla farklı gruptan (ör., Filipinliler, Çinliler, Japonlar, Vietnamlılar, Kamboçyalılar, Hmonglar) oluştuğunu ve bu insanların İngilizceyi ne kadar iyi konuştukları, göç mü ettikleri yoksa savaştan veya terörden kaçarak mülteci olarak mı geldikleri, kendi ülkeleriyle ne kadar özdeşleştikleri (ya da Amerika Birleşik Devletlerinde doğdular ise aileleri ile ne kadar özdeşleştikleri) gibi konularda farklılaştıklarını akılda tutmak önemlidir (Nezu, 2010). Genel olarak Asyalı Amerikalılar, Avrupalı Amerikalılara göre duygusal yakınmalar konusunda daha fazla utanç duymakta, profesyonel yardım arama noktasında daha isteksiz olmakta ve daha az güvenli davranış (assertive behavior) sergilemektedir. Daisy 4 yıldır terapiye devam etmekteydi ve uyku problemi için yardım aramaya hazırdı. Ancak, kâbuslarını anlatma noktasında duyduğu utanç hissinin

kökeni, kısmen ailesi tarafından yetiştirilmesi sırasında savunulan kültürel değerlerden kaynaklanmış olabilirdi.

Asyalı Amerikanlar ile psikoterapi yapmaya ilişkin birçok öneride bulunulmuştur. Sue ve Sue (1999), terapistlerin birçok Asya mültecisinin maruz kaldığı şahsi kayıplara, özellikle de onlar için çok büyük öneme sahip olan aile ilişkileri ışığında duyarlı olmalarını ve ayrıca bu kayıplarından dolayı stresli olma ihtimalleri konusunda da hassas olmalarını tavsiye etmiştir. Terapistler ayrıca Asyalı Amerikalılarının "bedenselleştirme" —stresi sıklıkla delilik ve aşağılık olma ile eş değer gördükleri psikolojik terimler ile değil, baş ağrısı ve yorgunluk gibi bedensel terimler ile deneyimlemek ve anlatmak—eğiliminde olduklarının farkında olmalıdır (Nguyen, 1985). Asya kültürüne ait değerler Birleşik Devletler'deki çoğunluğa ait kültürün Batılı değerlerinden farklıdır. Örneğin, Asyalılar, kişiler arası ilişkilerde yapıya ve resmiyete daha fazla önem verme eğilimi gösterirken, Batılı bir terapist ise resmî olmama ve daha az otoriter tavır sergileme eğilimindedir. Otoriteye saygı, terapistin yaptığı ve önerdiği her şeyi kolayca kabul etme şeklini alabilir. Bu durum belki de farklılıkları açıkça ele almaktan ziyade, danışanın bir sonraki seansa gelmemesi ile sonuçlanabilir. Psikoterapi, kültürel değerleri duygusal öz kontrolü teşvik eden Asyalı Amerikalılar arasında daha fazla damgalanma hissi (stigma) taşımaktadır (Kim, 2007). Asyalı Amerikalılar terapistle konuşma noktasında, evlilik ilişkisinin doğasını ve özellikle de cinsel ilişki gibi bazı konuları yasak bölge olarak değerlendirebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde doğan Asyalı Amerikalılar sık sık iki kültür arasında kalmaktadır. Bu gerilimi çözmenin bir yolu, çoğunluğa ait değerleri güçlü bir biçimde kabul etmek ve Asya'ya ilişkin her şeyi kötülemektir yani bir tür kendi ırkından nefret etmektir. Bu olgu, ayrımcılığa maruz kalmış Afrikalı Amerikalılar ve Yahudiler gibi diğer etnik gruplarda ortaya çıkmaktadır. Birbiri ile çelişen iki kültüre bağlılık arasında kalan diğerleri ise, ayrımcı Batı kültürüne kızmakta ancak aynı zamanda kendilerine ait Asya kökenlerine ilişkin hususları sorgulamaktadır. Asya kökenlilerin, ana akım Amerikan kültürü ile ne ölçüde özdeşleştiğini araştıran kültürleşme üzerine yapılan bir meta-analizde, Amerikan kültürüne daha fazla adapte olan kişilerde ait psikolojik sıkıntı ya da depresyon ihtimalinin biraz daha az olduğu bulunmuştur (Yoon, Langrehr ve Ong, 2011). Sonuç olarak, birçok Asyalı Amerikalının, yapılandırılmış yaklaşımı, yansıtıcı yaklaşımın yerine tercih ettiği göz önüne bulundurulduğunda, terapistlerin hâlihazırda olduklarından daha direktif ve aktif olmaları gerekebilir (Iwamasa, 1993).

Daisy bu durumda nereye uymaktadır? Birçok göçmen çocuğunda söz konusu olduğu gibi Daisy de büyük oranda baskın ABD kültürü içinde asimile olmuştur. Kültürel faktörlerin, bireysel kişilik özelliklerinin ya da her ikisinin de bir bileşimin, semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olup olmadığı net değildir. Belki de Dr. Middleton'nun uyguladığı tedavi zaman-sınırlı olmasaydı ve uyku problemine odaklansaydı, kültürel geçmişinin mevcut problemleri üzerindeki etkisine ilişkin daha fazla bilgi ortaya çıkmış olabilirdi. Terapistler kültürel konulara duyarlı kaldıklarında, hastalardaki sorunların tedavisinde etkili olma ihtimalleri daha yüksektir.

Tartışma Soruları

1. Daisy'nin etnik kökeni, söz konusu problemini nasıl etkilemiş olabilir? Asya kültürüne ait değerlerin hangileri Daisy'nin semptomları ile ilişkilidir?
2. Herhangi bir İUF vakası duydunuz mu? Günümüzde bu problemi deneyimleyen insanlar üzerinde bu olguya ilişkin farkındalığın değişmesini ne etkiler?
3. Günümüzde, öğrencilerin uyku ile ilgili hangi özel güçlükler ile karşı karşıya geldiğini düşünüyorsunuz? Tempoları ile mücadele etme noktasında öğrencilere ne tür önerilerde bulunursunuz?
4. Irk ve etnik konuların daha doğrudan tartışılmasının Daisy'nin terapisinde faydalı olacağını düşünür müydünüz? Böyle bir tartışma gereksiz mi olurdu? Bu tartışma yardım mı ederdi, yoksa zarar mı verirdi?

BÖLÜM 16*

Cinsel İşlev Bozukluğu: Kadında Orgazm Bozukluğu ve Erken Boşalma

Barbara Garrison, ruh sağlığı merkezindeki ilk randevusuna gittiği zaman birçok problemi konusunda çok endişeliydi. Barbara'nın ilk yakınması, Eşi Frank ile olan cinsel birliktelikleri esnasında orgazm olamamasıydı. İkisi de 33 yaşında ve 15 yıllık evliler. Frank polis memuru, Barbara ise üniversite eğitimine devam etmeye başlayan ev hanımıdır. 15 ve 12 yaşlarında bir kız ve bir de erkek çocukları vardır.

Barbara'nın orgazmik probleminin doğası, duruma bağlıdır. Mastürbasyon yaptığı zaman orgazm olabilmekteydi. Haftada 1 veya 2 kere mastürbasyon yapmaktaydı fakat Frank ile olan cinsel birlikteliklerinde hiç orgazm olamamıştı. Problemi cinsel istek ve cinsel uyarılma ile alakalı değildi. Frank'ı cinsel açıdan çekici bulmaktaydı, onunla olan cinsel birlikteliklerinin daha tatmin edici olmasını istiyordu ve cinsel ilişkilerinde uyarılıyordu. Ayda 2 veya 3 kez cinsel birliktelikleri oluyordu ve genellikle çocukları uyuduktan sonra geç saatlerde daha çok Frank'ın isteği ile oluyordu. Ön sevişmeleri, cinsel bölgelerin elle uyarılmasıydı ve 5 dakikadan fazla sürmemekteydi. Frank iki kere penetrasyondan sonra 1 dakika içinde orgazm olmakta ve Barbara'yı bitirilmemiş bir cinsel uyarılmanın hayal kırıklığı ile baş başa bırakıp, hemen sonrasında uykuya dalmaktaydı. Çoğu zaman Barbara, bu ikilemi televizyon odasına gidip orgazm olabilmek için gizlice mastürbasyon yaparak çözmüştü. İlişkileri sırasında Frank, Barbara'nın orgazm olmadığını fark etmiş fakat bu durumu hiç konuşmamıştır. Barbara'nın mastürbasyon yaptığını bilmiyordu.

Bu durum Barbara için stres vericiydi. Özellikle cinsel birleşmelerden sonra yaptığı mastürbasyondan ötürü kendini suçlu hissediyordu çünkü mastürbasyonun sapkın bir davranış olduğuna inanıyordu. Ayrıca mastürbasyon sırasındaki cinsel

*Çeviren: Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın

fantezileri konusunda da endişeleniyordu. Genellikle kendini lüks bir otelde 8-10 erkekle cinsel ilişki yaşarken hayal ediyordu. Genellikle bu erkekler tanımadığı erkekler olmakla birlikte, bazıları üniversitedeki çekici bulduğu sınıf arkadaşları veya Frank'ın arkadaşlarından çekici bulduğu kişilerdi. Önüne gelenle birlikte olduğu fantezilerinin seks düşkünü biri olduğu fikrini desteklediğine inanmaktaydı. Arzuları üzerinde kontrolünü hemen kaybedeceğinden korkuyordu ve bir gün trene binip, ailesini bırakıp büyük bir şehirde seks işçisi (fahişe) olacağından endişeleniyordu.

Cinsel isteği ve cinsel olarak uyarılması ile ilgili kaygısı Frank ile olan cinsel birleşmeleri sırasında da problem yaratmaktaydı. Frank, Barbara'nın uyarılması için farklı yollar denemeye çalışıyordu fakat Barbara çoğu zaman iletişim kurmuyordu. Barbara cinsel birleşmeleri esnasında Frank'a neyden hoşlandığını söylemekten korkuyordu çünkü Frank'ın onun seks düşkünü biri olduğunu fark edeceğinden korkuyordu. Barbara cinsel aktiviteleri esnasında yaptığı her şeyin farkındaydı. Eşinin onun hakkında ne düşüneceği ve performansının yeterince iyi olup olmadığı konusunda endişeleniyordu. Kafasından o anda birçok soru geçiyordu. Örneğin, "Doğru duyumlara dikkatimi veriyor muyum?" veya "Bu sefer olacak mı?" gibi. Cinsel dürtülerini kontrol edememe korkusu ve partner olarak yetersizliği ile ilgili kaygıların birleşimi Barbara'yı profesyonel yardım almanın gerekli olduğuna inandırmıştı.

Cinsel birleşme esnasında Barbara'nın orgazm olamamasına ek olarak, Barbara ve Frank ilişkilerinde başka sorunlar yaşamaktaydı. Birçok faktör, ilişkilerinde gerginliğe neden olmaktaydı. Bunlardan bir tanesi Barbara'nın üniversiteye devam etme kararıdır. Frank üniversiteyi bitirmemiştir ve Barbara'nın üniversiteyi bitirme ihtimali Frank için bir tehdit oluşturmaktaydı. Ayrıca Barbara'nın üniversitede tanıştığı arkadaşlarından rahatsızlık duyuyordu. Polis olması da bu gerginliği arttırmaktaydı çünkü kampüs çevresinde polis ve öğrenciler arasındaki ilişki, madde ve alkol kullanımı yüzünden oldukça gergindi. Frank, Barbara'nın genç sınıf arkadaşlarının onu, bağımsızlıklarını tehdit eden, istenmeyen bir otorite figürü olarak gördüklerine inanıyordu. Frank, Barbara'nın giyimindeki değişikliklere içerlemekteydi ve aralarındaki anlaşmazlıkları Barbara'nın üniversite çevresinden etkilenmesine bağlıyordu.

Ayrıca, önceki yıllara göre ekonomik açıdan zorluk çekiyorlardı. Barbara'nın dönem içindeki okul masrafları ve okul harcı çok fazlaydı ve yaklaşık 3 yıl içinde kızları da üniversiteye başlayacaktı. Şimdiki ev kredilerinin üzerine yeni kredi çekmişlerdi. Daha fazla para kazanabilmek için Frank ekstra zamanlarda da çalışıyordu. Bu sebeple evden sıklıkla uzak kaldığı zamanlarda Barbara, Frank'e çoğu vaktini evin diğer odasında işle geçirdiği için içerliyordu.

Farklılıklarına ve farklı bakış açılarına karşın, Barbara ve Frank evliliklerine bağlıydı. İkisi de çok mutlu olmamalarına karşın boşanmayı düşünmemişlerdi. Barbara orgazm sorununu çözebildiği zaman ilişkilerinin daha iyiye gideceğini düşünüyordu. Frank özellikle bu sorunla ilgili daha az kaygılıydı fakat eğer terapist Barbara'ya problemini anlaması için yardım ederse, Barbara'nın daha iyi hissedeceğini düşünüyordu.

Sosyal Geçmiş

Barbara, anne ve babası 40'larının ortasındayken doğmuştu. Kendisinden 5 yaş daha büyük bir erkek kardeşi vardı. Babası polis memuru, annesi ise ev hanımı idi. Anne ve babası hem birbirlerini hem de çocuklarını önemseseler de, onlara karşı açık bir şekilde duygularını göstermemişlerdi. Barbara anne ve babasının onu nadiren kucakladığını veya yanaklarından veya alnından nadiren öptüğünü hatırlamaktadır. Diğer yandan da çok az tartıştıklarını hatırlamaktadır. Duygusal ifadeleri göstermek için çok cesaretlendirilmediği, sessiz ve huzurlu bir ev ortamında büyümüştür.

Anne ve babası Barbara'ya karşı hep koruyucu olmuşlardır. Barbara ailenin hep küçük çocuğu olarak görülmüştür ve yakından denetlenmiştir. Barbara arkadaşlarının ailelerinin izin verdikleri şeyleri kendi ailesinin izin vermediğini düşünmüştür. Liseye giderken okul günleri geceleri dışarı çıkmasına izin verilmemiş, hafta sonları ise saat 22.00'de evde olması gerekmiştir. Anne ve babası bütün arkadaşları ile tanışmakta ısrar etmiş, bazı durumlarda bazı arkadaşları ile görüşmesini yasaklamıştır. 16 yaşına kadar, partilere eğer erkekler de davetli ise gitmesini yasaklamışlardır.

Lise zamanlarında bir erkekle ilk kez buluşmasını garip bir deneyim olarak hatırlamaktadır. Uzun zamandır hoşlandığı erkek ona sinemaya gitmeyi teklif etmiştir. Ailesi hoşlandığı çocuğu ve çocuğun ailesini soruşturduktan sonra, sinemaya gitmesi konusunda ikna olmuşlardır. Buluşmalarından sonra çok fazla soru sormuşlardır. Daha sonra, tiyatroya gittiklerinde Barbara, abisi ve abisinin sevgilisinin çok yakınlarında oturduklarını fark etmiştir. Ailesi, abisinin gözünün Barbara'nın üstünde olmasını istemiştir. Abisi, böyle gizli kapaklı işler yapmaya yeltenmemiştir hatta tiyatrodan sonra, onları birlikte hamburger yemeye ve kola içmeye davet etmiştir. Bu dikkatli denetim, planlarını bozmamış ve güzel vakit geçirmişlerdir. Ertesi yıl için de Barbara aynı kişi ile birçok kez dışarı çıkmıştır. Fakat Barbara'nın ailesinin koruyucu yapısı erkeklerle yakın ilişki kurmasını engellemiş ve ileri zamanlarda da erkeklerle yalnız kaldığında rahatsız hissetmesine neden olmuştur.

Barbara'nın çocukluk ve ergenlik dönemindeki cinsellik ile ilgili bilgileri ve deneyimi çok sınırlıydı. Ailesi bedeni ve cinsel işlevleri hakkında hiç bilgi vermemişti. Annesi sadece aşk ve evlilik ile ilgili genel konulardan bahsetmiş fakat bunlar Barbara için çok soyut kalmıştır. Eve giren dergiler ve kitaplar dikkatlice seçilir ve içeriğinin açık olmamasına dikkat edilirdi. Barbara sürekli ve yakın bir denetim altında olduğu için arkadaşlarından da bilgi alamamıştır. İlk 11 yaşında adet olduktan sonra, annesi temel cinsel organları ve üreme sisteminin fizyolojik yapısını anlatan bir kitap vermişti ancak yine de Barbara'nın cinsellik ile ilgili endişeleri hakkında konuşmaktan kaçınmıştır. Ailesinin bu davranışları ve tutumları altında yatan gizli mesaj; seksin gizemli, utanç verici ve tehlikeli bir şey olduğudur.

Barbara liseden mezun olduktan sonra, üniversitede ön lisans programlarından ders almaya başlamış ve ailesiyle aynı evde yaşamaya devam etmiştir Üniversitenin ilk döneminde Barbara, polis akademisinden öğrenci olan Frank ile tanışmış ve düzenli olarak görüşmeye başlamışlardır. Barbara'nın babası da polis olduğu için Frank'tan hoşlanmışlardır ve zamanla Barbara'ya daha fazla özgürlük tanımışlardır. Brabara ve Frank'ın ikisi de 18 yaşında olmasına karşın, Frank cinsel konularda daha olgun ve deneyimliydi. 15 yaşından beri birileri ile düzenli görüşmüş ve ilk cinsel ilişkisini 17 yaşında yaşamıştı.

Cinsel ilişkileri hızlı bir şekilde ilerlemişti. Barbara endişeli ve utangaç olmasına karşın, cinsel birleşme olmadan sevişmeden keyif alıyordu ve birkaç ay cinsel birleşmeyi istememişti. Partiye gidip çok içtikleri bir gün ilk cinsel birleşmeleri olmuştur. Barbara daha sonra bu deneyimi hayal kırıklığı olarak hatırlamıştır. Birleşme olduktan hemen sonra Frank doruk noktasına ulaşmış fakat Barbara orgazm olamamıştı. Birkaç hafta sonra hamile olduğunu fark ettikten sonra utanç hissi yerini büyük bir şaşkınlığa bırakmıştı. Ailesi ile hamilelik durumunu konuşmadan hemen evlenme kararı almışlardı. Evlendikten 6 ay sonra doğum yapmıştı. Bu kadar erken doğumun nedeni çok açık olsa da, ailesi evlilik öncesi cinsel birliktelikleri konusunda hiçbir yorum yapmamıştı. Barbara okulu bırakmış ve uzun yıllar geri dönmemişti.

Evliliklerinin ikinci yılında cinsel birleşmelerinin sıklığı azalsa da, gelecek birkaç yıl içinde Barbara ve Frank'in cinsel ilişkileri değişmemiştir. Barbara orgazm olamasa da, cinsel birleşme esnasında ikisi de zevk almaya devam etmiştir. Barbara'nın ilk orgazmı evliliklerinin üçüncü yılından sonra olmuştur. Tipik olarak, cinsel birleşmeden hemen sonra Barbara yatakta henüz uzanırken ve hâlâ uyarılmış bir hâldeyken, Frank hemen uykuya dalmıştır. Barbara battaniyenin bir kısmı bacaklarının arasına sıkıştırmış şekilde karnının üstünde uzanmış bir hâlde, ne yaptığının farkına varmadan ritmik bir şekilde bir taraftan diğer tarafa sallanmıştır. Bu hareketlerden sonra keyif aldığını ve rahatladığını fark etmiştir. Sallanmasından birkaç dakika sonra, yoğun ve açık bir şekilde orgazm yaşamıştır. Frank'in uyanacağı korkusu dışında bunu yapmaktan çok fazla keyif almıştır. Barbara daha sonra kendi başına yapabileceği birçok mastürbasyon yolunu denemiş ve düzenli bir şekilde mastürbasyon yapmaya devam etmiştir. Mastürbasyonun ahlaksız ve bencil bir eylem olduğuna inandığı için bu deneyimi Frank'a anlatmaktan korkmuş ve mastürbasyondan aldığı zevki Frank ile olan birleşmelerinden alamamıştır. Ayrıca, Barbara diğer kadınlarla seks hakkında konuşmaktan kaçınmıştır. Mastürbasyon yapmasının ve fantezilerinin ahlaksızca olduğuna inanıyor ve diğer arkadaşlarının daha önce böyle bir şey yapmadıklarını düşünüyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Barbara tarafından belirtilen cinsel problemlere yaklaşılırken, terapist yalnızca Barbara'ya odaklanmak yerine, Barbara ve Frank'a çift olarak odaklanmıştır. Terapist, Barbara ve Frank birlikteyken dedikleri ve yaptıkları ile ilgilenmiştir. Barbara'nın anlattıklarına göre, cinsel davranışları ile ilgili az bir bilgiye sahiptir. Terapistin raporları, Frank ve Barbara'nın cinsel aktivite sırasında etkili iletişim kuramadıkları ve etkili cinsel davranışlarda bulunamadıklarını belirtmektedir. İlişkilerine odaklanmak için terapist, Barbara ve Frank'ın ikinci kez terapi seansına katılmalarını istemiştir.

Frank başlangıçta Barbara ile birlikte terapiye gelmeye istekli değildi çünkü her zaman problemin Barbara'dan kaynaklı olduğunu düşünüyordu. Ancak, terapistle bir kez görüştükten sonra ve görüşme esnasında, kendisinin de cinsel ilişkilerinden memnun olmadığını fark etmiştir. Sorulan sorulardan sonra, Barbara'nın orgazm problemi için kendini suçlayacağıyla ilgili endişe duyduğunu kabul etti. Bu düşünceleri, zaman zaman Frank'ın özellikle iş ve çocukları ile olan ilişkilerindeki performansını da etkilediğini düşünüp, kaygılanmasına neden olmuştu.

Terapist, Frank'tan cinsel aktivitelerini kendi bakış açısı ile tanımlamasını istediği zaman daha önceden Barbara'nın bahsettiği gibi, ön sevişmelerinin az olduğunu not etmiştir. Bu bakış açısı ile bakıldığı zaman, iki önemli nokta dikkat çekmektedir. İlki, Frank'ın da dediği gibi Barbara hiç konuşmadığı ve duygularını ifade etmediği için Barbara'nın neyden hoşlandığını Frank bilmemektedir. İkincisi ise, Frank'ın boşalmasını geciktirme konusunda genellikle kendisine güvenmediği için, kontrolünü kaybetmeden penisinin Barbara'nın vajinasına hemen girmesini tercih etmesidir. Frank'ın bu endişesi, cinsel birleşmenin cinselliğin en gerekli kısmı olduğu inancı ile ilgilidir. Eğer cinsel birleşmeyi tamamlayamazsa Barbaran'nın erkekliğini sorgulayacağından korkmaktadır. Barbara'nın cinsel ilişkilerinden memnun olmadığını fark etmesine karşın, kendi sorununa dikkat çekmek istememiştir. Terapist, bütün sorunlara güven veren ve bu sorunu partnerlerden hiçbirine yüklemeyen bir tavırla yaklaşmıştır. Tedavideki temel nokta, partnerlerden ikisinin de cinsel ilişkilerinden aldığı zevki arttırmaktır. Terapist özellikle kısa davranışçı terapi ile çözülebilecek erken boşalma da dâhil olmak üzere cinsel işlevsizlikle ilgili bütün sıkıntıları not etmiştir. Problemin tanımlanması ve gidişatın olumlu olabileceğinin açıklanmasından sonra, Frank problemlerinin çözülmesi için Barbara ile birlikte çalışmayı kabul etmiştir.

Terapist, Barbara ve Frank'la yaptığı önceki görüşmelerine dayanarak, cinsel işlev sorunlarına yol açan depresyon, yorgunluk ve başka evlilik sorunları gibi diğer faktörlerin olup olmadığını belirlemeye çalışmıştır. Bunlardan hiçbiri problemlerine yol açan faktörler değildir. Partnerler ne çok mutsuz ne de klinik olarak depresyondaydılar. Evlilikleri cinsel problemleri yüzünden yıpransa da, iki taraf da evliliğine bağlıydı. Tedaviye katılımlarını etkileyecek evlilik dışı ilişkileri yoktu ve hem Barbara hem de Frank birbirlerine karşı sevgilerini ifade etmekteydi. İlginç bir şekilde,

doğrudan birbirlerine söylemek yerine terapistle konuşurken birbirlerine karşı olumlu duygularını ifade etme konusunda daha istekliydiler. Cinsel işlev sorunları diğer sorunlara bağlı ikinci bir sorun olarak görünmemekteydi.

Cinsel problemlerine psikolojik olarak yaklaşılmadan önce, Barbara ve Frank fiziksel bir değerlendirmeden geçmişlerdir. Bu değerlendirme cinsel problemlerinin fiziksel bir rahatsızlıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlamak için önemlidir. Merkezî sinir sistemi, hormon düzeyleri ve damarla ilgili sorunları etkileyen çeşitli hastalıklar cinsel uyarılma ve performansı etkileyebilmektedir. Genital bölgedeki kaslardaki anormallikler ve dokusal yapıda problemler de cinsel işlev sorunlarına yol açabilir. Bu vakada, bu faktörlerden hiçbirinin cinsel sorunlara yol açmadığı anlaşılmıştır.

Terapist üçüncü seansta, Barbara ve Frank'ın cinsel davranışlara karşı bazı tutum ve inançlarını anlamaya çalışmıştır. Terapistin amacı, cinsel konularda Barbara ve Frank arasındaki iletişimi arttırmak; yanlışlarını düzeltmeleri ve doğru bilgi sunmak için tartışma ortamı oluşturmaktır. Bazı durumlar özellikle önemlidir ve cinsel ilişkilerinden zevk almalarındaki başarısızlığı etkilemektedir. Örneğin Barbara ve Frank, vajinal uyarılmanın kadın için en önemli zevk kaynağı olduğuna ve birleşme esnasında olan orgazmın bu uyarılmaya bağlı olduğuna inanmaktaydı. Terapist, klitorisin ne olduğunu ve vajinadan daha duyarlı olduğunu açıklamıştır. Kadın orgazmının, mastürbasyon ve birleşme esnasında klitorisin doğrudan ve dolaylı olarak uyarılmasına bağlı olduğunu açıklamıştır.

Zamanlarının önemli bir kısmını, Barbara ve Frank'in cinsel fantezilere karşı tutumu ve kullanımına harcamışlardır. Terapist, bu konuya ihtiyatlı bir şekilde yaklaşmıştır. Terapist, normal yetişkin bireylerin cinsel fantezileri olduğunu anlatmıştır ve daha sonra Frank'den en favori fantezisini anlatmasını istemiştir. Frank başta utanmasına karşın ve Barbara'yı da şaşırtacak şekilde terapi esnasında anlatmıştır. Kendisini gece geç saatlerde çalışırken, dedektiflik bölümünden çekici bir iş arkadaşı tarafından baştan çıkarılma fantezisinden bahsetmiştir. Barbara ve Frank ilk kez cinsel fantezilerinden konuşuyorlardı. Barbara, Frank başka kadınları düşündüğü için hafif bir kıskançlık hissetse de, Frank'ın da cinsel fantezilerinin olduğunu öğrenmek onu rahatlatmıştı. Frank'ın kendini açması, Barbara'nın bu konu ile ilgili kaygısını azaltmıştı. Daha sonra Barbara da sıradan birkaç adamla birlikte olma düşüncelerinden daha az rahatsız edici olanını paylaşmıştır. Bunun ne kadar uzun bir konu olduğunu keşfetmeleri için, terapist insan cinselliği hakkında daha fazla bilgi veren *"Because It Feels Good: A Woman's Guide to Sexual Pleasure and Satisfaction"* (Herbenick, 2009) adlı kitabı okumalarını önermiştir. Bu bilgilerin cinsel ilgileri ve pratikleri konusunda kaygılarını azaltacağı ve daha önce denemedikleri aktiviteleri denemelerine yardımcı olacağını belirtmiştir.

Tedavinin bir sonraki adımı, Barbara'nın tamamen uyarılmasını engelleyen faktörleri yok etmek, Frank ve Barbara'ya daha fazla zevk alabilecekleri cinsel davra-

nışları öğretmektir. Bu sadece beklentinin olmadığı bir atmosferde gerçekleşebilir. Geçmişteki cinsel zorluklar ve cinsel hayatlarındaki tatminsizliklerinden dolayı, Barbara ve Frank daha bilinçli olmaya başlamışlardır. Barbara özellikle kendisinin yarattığı baskıyı hissetmiş, Frank ise Barbara'nın daha fazla uyarılması için daha geç boşalıp boşalamayacağı ile ilgili gizlice kaygı duymuştur. Bu noktada; Frank cinsel bir birleşmeye yeltendiği zaman, iki tarafta hissettikleri ve yaptıklarını farklı bakış açılarından gözleme şansı bulmuştur. Terapist, gelecek birkaç hafta boyunca her durumdaki cinsel birleşmeleri esnasında performansları ile ilgili hissettikleri baskıyı azaltmaya çalışmıştır. *Duyu odağı* adı verilen, sadece çiftin birbirine zevk verme ve zevk almasını amaçlayan egzersizleri yapmalarını istemiştir.

Duyu odağı, partnerlerin birbirlerinin bedenlerine basitçe dokunarak masaj yaptıkları dokunma alıştırmalarıdır. Terapist, sakin bir zamanda, dikkatlerinin dağılmayacağı ve yorgun olmadıkları bir zamanda bu egzersizleri yapmaları konusunda bilgi vermiştir. Kıyafetlerini çıkardıktan sonra, barbara yüzüstü yatağa uzanmıştır ve Frank, Barbara'nın sırtına ve ayaklarına masaj yapmıştır. Yaşadığı zevke kendini bırakması konusunda cesaretlendirilmiştir. Barbara'nın Frank'e verdiği, sıcak ve soğuk, yumuşak ve sert, hızlı ve yavaş gibi yönergelerle Frank, Barbara'nın neyden keyif aldığını ve neyin değişmesini istediğini öğrenmesine yardım etmiştir. Barbara'nın göğüslerinin ve genital bölgesinin uyarılması, cinsel isteği arttıracağı için duyu odağı alıştırmalarında kesinlikle yasaklanmıştır. Gelecek seansa gelmeden önce en az dört kere bu alıştırmaları yapmaları istenmiştir.

Barbara ve Frank bu ilk alıştırmaya olumlu tepki vermişlerdir. Bu uzamış dokunma ve okşama egzersizlerini rahatlatıcı ve keyif verici bulmuşlardır. İlişkilerinde yıllar önce kaybettikleri sıcaklık ve yakınlığı tekrar hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca Barbara, orgazm olup olmayacağının kaygısı veya Frank'ın hemen boşalıp boşalmayacağını düşünmeden Frank'ın dokunuşlarının verdiği zevke odaklanmanın, rahatlama hissettirdiğini ifade etmiştir. Bu olumlu başlangıçtan sonra, terapist bundan sonraki aşamaya geçmeyi önermiştir. Bir sonraki hafta, pozisyonu değiştirmişlerdir. Bu sefer Frank sırtını yatağın başucuna dayayıp, bacaklarını ayırmıştır. Barbara da onun önüne aynı yöne bakacak şekilde oturmuş, Barbara'nın sırtı Frank'ın göğsüne ve bacakları da bacaklarına denk gelmiştir. Frank bu pozisyonda Barbara'nın vücuduna dokunabilmekte ve masaj yapabilmektedir. Bu alıştırmada göğüslere ve genital bölgeye dokunma yasağı kaldırılmıştır fakat Frank'e klitorise doğrudan müdahaleden kaçınması gerektiği söylenmiştir çünkü bazı durumlarda acıtıcı ve rahatsız edici olabilmektedir. Barbara'nın da elini Frank'e rahatça dayaması ve en keyif aldığı yerleri, zamanı ve hareketin ritmini Frank'e söyleyip rehberlik etmesi konusunda bilgilendirilmiştir. Terapist, Barbara'nın kontrolü eline almasını söylemiştir. Bir hafta boyunca en az 4 kere bu alıştırmaları yapması istenmiştir.

Bir sonraki seansın başında, yaşadıkları ufak problemler tedavinin gidişatı açısından not edilmiştir. Barbara yeni egzersizde bazı zamanlar utandığını, bu yeni deneyimi keyifli ve uyarıcı bulduğunu ancak aklının karıştığını ve tamamen kendini serbest bırakamadığından bahsetmiştir. Frank de boşalmasını kontrol etme sorunu yaşadığını belirtmiştir. Alıştırmalarının üçüncü akşamında, ne yaptıklarının farkına varmadan süreçten uzaklaşmışlardır. Frank erekte olmuş penisini Barbara'nın sırtına sürtmüştür ve orgazm olmuştur. Terapist bu durumun beklenmedik bir durum olmadığını; duyu odağı alıştırmaları esnasında olabilecek bir durum olduğu konusunda rahatlatmıştır. Arada ek değişiklikler, bu süreçte Frank'in daha fazla kontrol kazanmasına yardım etmek ve Barbara'nın koyduğu mesafeyi azaltmasına yardımcı olacağı için gereklidir.

Terapist, Frank'ın boşalma kontrol sorunu ile ilgili "başla-dur" yönteminden bahsetmiştir. Frank'ın yatağa uzanması ve Barbara'nın penisin erekte olması için eliyle uyarması gereklidir. Frank'ın görevi, kendi uyarılma düzeyine odaklanmak ve boşalacağını fark ettiği zaman Barbara'ya haber vermektir. Bu esnada, Barbara da elle uyarmayı bırakmalıdır. Frank boşalmanın artık olmayacağını hissettikten sonra, tekrar boşalmanın olacağının sinyalini alana kadar Barbara'yı uyarmaya devam etmesi gerekmektedir. Bu döngüyü 4-5 kere yapmaları ve 15-20 dakika sürdürmeleri istenmiştir.

Duyu odağı alıştırmaları ekstra yönergelerle devam etmiştir. Frank'ın elleri Barbara'nın vücudundayken, Barbara'nın en favori cinsel fantesizini hayal etmesi konusunda cesaretlendirilmiştir. Bu noktada Frank'in desteği ve onaylaması, Barbara'nın cinsel fantezileri konusunda suçluluk hissetmemesi konusunda özellikle önemlidir. Bu hayale odaklanırken, bu alıştırmayı engelleyecek herhangi dikkat dağıtan düşüncelerden uzak durması gerekmektedir.

Bundan sonraki 2 haftada alıştırmalar başarılı bir şekilde devam etmiştir. Frank ani boşalmalarını 4-5 gün içinde kontrol edebilmiştir; başla-dur alıştırmasından Barbara da zevk almıştır. Geçmişte, Frank erken boşalacağı korkusu ile erekte olmuş penisinin okşanması ve oynanması konusunda, Barbara'yı hiç cesaretlendirmemiştir. Hoşlandıkları aktiviteleri söylemeleri ile iletişimlerinin artması ve başla-dur gibi çeşitli aktivitelerle daha önceki yaşantılarından aldıkları zevk artmış ve kendilerini daha özgür hissetmişlerdir. Barbara, Frank'ın el ile göğüslerini ve klitorisini uyarması sonucu orgazm olmaya başlamıştır. Kendisi de Frank'a nasıl dokunması gerektiğini söylerken kendini daha az engellenmiş hissetmektedir. Frank da Barbara'nın zevk aldığı erotik bölgelerini öğrenmiştir. İkisinin de gerginliği ve engellenmişlikleri azalmıştır.

Son adım ise Barbara'ya birleşme sırasında orgazm olabilmesi için yardım etmektir. Cinsel birleşme yasağı kaldırılmıştır ve yeni bir yöntem tanıtılmıştır. Bundan önceki alıştırmalardaki gibi, alıştırmalarına duyu odağı egzersizini dönüşümlü olarak yaparak başlamaları istenmiştir. İki tarafta ortalama bir uyarılmadan sonra, Frank'ın sırt üstü yatması, Barbara'nın dizlerinin Frank'in göğüs kafesine gelecek

şekilde çekilmiş hâlde oturması ve Frank'ın penisinin Barbara'nın vajinasına girmesi anlatılmıştır. Barbara bu şekilde hareketlerin hızını ve ritmini kontrol edebilmektedir. Burada üzerinde durulan nokta, yavaş hareket etmek ve birleşme esnasında vajinanın keyif veren duyumlarına odaklanmaktır. Eğer Frank erken boşalacağını anlarsa, bu his geçene kadar Frank'ın penisini Barbara'nın içinden çıkarması konusunda bilgilendirilmiştir. Eğer Barbara birleşme esnasında az uyarılırsa, o esnada ayrılabilirler ve Barbara tekrar yoğun uyarılma hissedene kadar Frank tekrar klitoral uyarmayı yapabilir ve birleşmeye tekrar devam edebilirler.

Barbara ve Frank gelecek haftalar boyunca bu yöntemi birçok kez denemiştir. Aşırı keyif verici bir deneyim olduğunu ve ilerlemeyi fark etmişlerdir. Özellikle Frank'de büyük ölçüde gelişme olmuştur, Barbara ile birleşme esnasında üstteyken boşalmasını 20-30 dakika geciktirebilmiştir. Ancak, Barbara yalnız penis ile uyarılmada orgazm olamamıştır. Terapist bu durumun olası olduğunu belirtmiştir ve birleşme esnasında elle uyarılmayı da sağlayan diğer pozisyonlarda denemeleri yönünde cesaretlendirmiştir. Frank ve Barbara bu çözümden tatmin olmuşlardır.

İlk seanstan 15 hafta sonra, Frank ve Barbara cinsel uyumları konusunda büyük ilerleme kaydetmişlerdir. İkisi de bu gelişmelerden memnun olmuştur, boşalmasını geciktirebildiği için Frank'ın kendine olan güveni artmış, Barbara da birleşme esnasında orgazm olabilmiştir. En önemlisi, bu değişiklikler sadece cinsel etkileşimleri ile sınırlı kalmamıştır. Hayatlarının diğer alanlarında da birbirleriyle daha sık ve daha açık konuşabildiklerini ve tedavinin başlangıcına kıyasla birbirlerine daha yakın hissettiklerini belirtmişlerdir. Özetle, cinsel yaşantılarındaki gelişim ve iletişimlerinin artması hayatlarındaki diğer alanlarına da yansımış ve olumlu yönde etkilemiştir.

Tartışma

Cinsel işlev sorunları cinsel tepki döngüsünün herhangi bir fazında yaşanan bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Bu döngü, duyumların ve yaşantının sürekli devam eden bir sırası gibi düşünülebilir. Cinsel heyecanla başlayan bu döngü, orgazmı takip eden gerilimin azalması ile bitmektedir. Bu döngü, kadın ve erkek için ana hatlarıyla üçe bölünür. Cinsel heyecan fazında, kişi cinsel uyarılmaya karşı genital bölgede artmış kan dolaşımı ile tepki vermektedir. Bu büyüme erkekte ereksiyona, kadında ise vajinal lubrikasyona neden olur. Hızlı soluk alıp verme, kalp atışında ve kan dolaşımında hızlanma gibi çeşitli fizyolojik değişimler cinsel heyecan fazında gerçekleşir. Orgazm fazında ise, bu fizyolojik değişimler en yüksek yoğunluğa ulaşır ve kısa istemsiz tepkiler gerçekleşir. Erkeklerde orgazm fazı iki aşamada gerçekleşir; spermlerin ve meninin idrar yolunda birleşmesi (boşalmanın kaçınılmaz olduğu hissi veya geri dönülmez nokta) ve boşalmanın gerçekleşmesi. Kadınlarda

ise orgazmik fazda, vajinanın üçüncü dış katmanında ritmik kasılmalar gerçekleşmektedir. Kişinin kişisel bakış açısına göre, orgazmik fazda fiziksel haz en üst noktadır. Bunu, enerjinin aniden düşmesi takip eder. Çözülme olarak bilinen orgazmı takip eden fazda, beden işlevleri önceki normal hâline döner.

Cinsel tepkilerde bozulma, herhangi bir fazda olabilir ve kişisel bir sıkıntı hâline gelebilir (ör., boşalmayı kontrol edememe korkusu) veya performansı olumsuz etkileyebilir (birleşme için gerekli olan ereksiyonun olmaması). DSM-5 (APA, 2013), kadın ve erkekler tarafından yaşanan bazı cinsel işlev bozukluklarını tanımlamıştır.

Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu: Sürekli veya tekrarlayan zamanlarda seks için istekte azalma ve cinsel aktivitelerle ilgili erotik düşüncelerin ve fantezilerin olmaması veya az olması.

Sertleşme Bozukluğu: Tekrarlayan şekilde bir partnerle cinsel aktivite sırasında ereksiyonu sürdürme ve ereksiyon olmada başarısızlık.

Kadınlarda Cinsel İstek/Uyarılma Bozukluğu: Cinsel isteğin yoğunluğunun azalması veya hiç olmaması.

Kadınlarda Orgazm Bozukluğu: Orgazm olmada zorluk yaşama veya orgazmik duyumların yoğunluğunda azalma olması.

Geç Boşalma: Boşalmanın gecikmesi ve gerçekleşememesi.

Erken Boşalma: Vajinal birleşmeden kısa bir süre sonra veya öncesinde boşalma.

Genito-Pelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu: Cinsel birleşmede zorluk, genito-pelvik ağrı, ağrıdan ve vajinal birleşmeden korkma ve pelvik kaslarda gerginlik hissetme gibi birçok belirtinin sıklıkla birlikte olması.

Bütün bu problemler duruma özgü veya genel olabilir. Sertleşme bozukluğu durumunda; örneğin, herhangi bir erkek seks bitene kadar ereksiyon olamayabilir. Veya geçmişteki farklı partnerlerle ereksiyon olabilirken, şimdi olamayabilir. Cinsel isteği az olan erkekler veya cinsel istek uyarılma bozukluğu olan kadınlarda fiziksel cinsel tepkiler için kapasiteleri olmasına karşın, genellikle partnerinin cinsel ilişki girişimlerine karşı isteksiz olabilir ve karşılık vermek istemeyebilir. Cinsel aktivitelerde cinsel istek azlığı, özellikle partnerler için önemli bir stres kaynağıdır. Fakat tanımlaması zor bir problemdir. Normal cinsel iştah/istek nedir? Keyfî standartlar oluşturmak yerine, DSM-5 (APA, 2013); kişinin yaşamı bağlamında cinsel isteği belirleyen, yaş, cinsiyet, sağlık, yoğunluk, cinsel isteğin sıklığı gibi bazı faktörleri göz önünde bulundurarak bazı esnek değerlendirmeler yapmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu alanındaki tanısal değerlendirmeler, güç algılanan düşüncelere bağlıdır. Bu problem tedavi gerektirecek kadar sürekli ve yoğun mu? Eğer öyleyse, problem bir partnerin veya diğerinin merkezinde mi? Bunlar zor sorulardır. Örneğin, Barbara ve Frank'ın durumunda Barbara'nın birleşme esnasında orgazm olamamasının, Frank'in erken boşalması ile ilgili olup olmadığı belirsizdir. Diğer bir taraftan, Barbara eğer hemen orgazm olabilseydi, Frank boşalmasını kontrol etmeyle ilgili kaygı yaşamayabilirdi. Bu durumlardan iki sonuç çıkarılabilir. İlki; cinsel işlev bozukluğu, özellikle kişiler arası ilişkiler bağlamında kolaylıkla tanımlanabilir. Tedavinin ve değerlendirmenin merkezinde birey değil, çift vardır. İkincisi; cinsel işlev bozukluğunda tanımlama, performansın tipik veya normal düzeyde değerlendirilmesi ile ilgili kesin bir değerlendirmeden ziyade, büyük oranda çiftlerin cinsel ilişkilerinden öznel olarak aldıkları tatmin düzeyine bağlıdır.

Çeşitli cinsel işlev bozuklukları epeyce yaygındır (Christensen ve ark., 2011).Cinsel işlev bozukluğundaki yaygınlık oranları ile ilgili en iyi bilgi National Health and Social Life Survey (NHSLS)'e dayanmaktadır (Laumann, Gagnon, Michael ve Michaels, 1994). Bu oranlar, araştırmacıların seçtikleri örneklemden elde edilmiştir. Amerika'da yaşları 18-59 arasında olan yaklaşık 3500 kadın ve erkek ile görüşmüşlerdir. Kadın ve erkeklere, son 12 ay içerisinde birkaç ay veya daha fazlasında "sekse karşı isteklerinin azalıp azalmadığı; ereksiyon olmada (erkekler için) veya lubrikasyonda (kadınlara için) zorluk yaşayıp yaşamadıkları; orgazm olmada zorluk yaşama veya çok çabuk orgazm olup olmadıkları; birleşeme esnasında fiziksel bir ağrı yaşayıp yaşamadıkları" sorulmuştur. Erkeklerde görülen en yaygın cinsel işlev bozukluğu, çalışmaya katılanların yüzde 29'u, erken boşalmadır. Bütün erkeklerin yüzde 10'unda ve 50 yaşından büyük erkeklerin yüzde 20'sinde ise uyarılma bozukluğu olduğu rapor edilmiştir. Kadınlarda ise, en sık rapor edilen cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek azlığı (yüzde 33), orgazm olamama (yüzde 24) ve uyarılma problemleridir (yüzde 19). Kadınların yüzde 14'ü ve erkeklerin yüzde 3'ü de son dönemlerde birkaç ay boyunca birleşmenin ağrılı olduğunu belirtmişlerdir.

Cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı dikkatlice yorumlanmalıdır çünkü bu yaygınlık oranları klinisyenler tarafından tanı koyduran değerlendirmeler değildir. Katılımcılar cinsel işlev bozukluğu ile ilgili verdikleri tepkileri abartabilirler. Örneğin, kadınlarda orgazm bozukluğu düşünüldüğünde, yetişkin kadınların ortalama yüzde 10'unun öncesinde de orgazm sorunu yaşadığı bir gerçektir (Clayton, 2007). Orgazm olmada zorluk yaşama, bu kadınlarda işlev bozukluğu olduğunu veya orgazm olma kapasitesi olmadığını doğrudan göstermekte midir? Bazı kadınlar kendi isteğiyle cinsel aktiviten kaçınmaktadır. Bazıları ise, orgazmı sağlayan mastürbasyon gibi cinsel aktivitelerde bulunmaktan kaçınabilir. DSM-5'in (APA, 2013) orgazm bozukluğu tanımına göre, orgazmın olmaması veya gecikmesini normal cinsel uyarılma fazı izler. Bu kısıtlayıcı tanıma göre, çok az kadın bu bozukluk kriterlerini karşılayabilir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Cinsel işlev bozuklukları fiziksel veya zihinsel bazı bozulmalar sonucu ortaya çıkabilir. İnsanların cinsel tepkileri karmaşık süreçleri içermektedir ve birçok faktörden etkilenen hassas bir sistemdir. Merkezî sinir sistemi rahatsızlıkları, kafa ve omurilik yaralanmaları, madde kullanımı ve yorgunluk gibi bazı fiziksel ve tıbbi rahatsızlıklar kişinin cinsel aktivitelere isteğini ve cinsel aktivitede bulunma performansını olumsuz etkileyebilir (Burns, Rivas ve Ditunno, 2001). Diğer psikolojik rahatsızlıklar da cinsel aktivitede bozulmaya neden olabilir. Örneğin; depresyon, kişinin cinsel isteğinde azalmayla yakından ilişkilidir. Antidepresan kullanan kişiler yan etki olarak cinsel isteksizlik yaşamaktadır (Clayton ve West, 2003). Bu faktörler, psikolojik tedaviye başlamadan önce göz önünde bulundurulmalıdır.

Cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkışını ve devam edişini açıklayan birçok psikolojik açıklama vardır (McConaghy, 2005). Davranışsal model; cinsel işlev bozukluğunu, cinsel uyarılma ile ilişkilendirilen öğrenilen ve beklenen kaygı ve bu kaygıyı azaltmak için kaçınma tepkilerinin geliştirilmesi olarak açıklamaktadır. Modelin bu kısmı biraz zayıftır çünkü cinsel tepkilerin öğrenilmesinde klasik ve edimsel koşullanmanın rolünü açıklayan çok az bilimsel dayanak vardır (Letourneau ve O'Donohue, 1997). Diğer bir taraftan ise davranışsal modeller, etkili cinsel davranışlarda nasıl bulunacağını bilmek için sosyal becerilerin önemine dikkat çeker. Eylemlerin sembolik anlamlarından ziyade, kişilerin cinsel aktivite sırasında ne yaptıklarına odaklanılır. Cinsel işlev bozuklukları için psikolojik tedavilerin geliştirilmesinde davranışsal yaklaşımın bu yönü önemli bir yer tutar.

Barbara'nın vakasındaki bazı noktalar, sosyal beceri yaklaşımı ile ilgilidir. Barbara'nın ebeveynlerinin fiziksel yakınlıklarını göstermemesi (en azından çocuklarının önünde), cinsel davranışlarla ilgili bilgi vermemesi ve cinsel aktivitelerin iğrenç ve utanç verici olduğu ile ilgili verdikleri gizli mesajlar, Barbara'nın cinsel aktivitelerle ilgili kaygı duymasına ve uygun heteroseksüel sosyal becerilerin eksik olmasına yol açmıştır. Frank'den önceki ilişkilerinde, buluşmalarından sonra kısa sarılmalar ve öpüşmeler dışında Barbara'nın cinsel deneyimi olmamıştır. Frank ve Barbara, Barbara'nın fiziksel yakınlaşma korkusunu aşamalı olarak yenmesine fırsat vermeden Frank'ın ısrarı ile ilk cinsel ilişkileri hızlı bir şekilde olmuştur. İlk cinsel deneyimi keyif verici olmamıştır. Bu deneyime ek olarak Barbara'nın hamile olduğunu fark etmesi, cinsel aktivitelere karşı olumsuz yaklaşmasına yol açmıştır. Problemi doğrudan çözmek ve daha keyif veren cinsel aktivitelerde bulunmak yerine, Barbara ve Frank problemi görmezden gelmeye çalışmışlardır. Nadiren cinsel ilişkiye girmişler ve olabildiğince uzun aralıklara ve kısa sürede seks yapmışlardır.

Cinsel problemlerini ortaya çıkaran ve tetikleyen tepki şekilleri 4 ayrı kategoriye ayrılabilir. İlki etkili cinsel davranışlarda bulunmadaki başarısızlıktır. Bu kategorinin içinde, Frank ve Barbara'nın da ilişkisinde görülen kadın yeterince uyarılmadan, birleşme için acele edilmesi gibi pratikler vardır. Bu tip bir hata çoğunlukla insan cinsel davranışlarının yok sayılması sonucudur ve kişilik bozukluğu ve nevrozlarla ilişkili değildir. Frank ve Barbara, çoğu kadının cinsel uyarılmanın ileri safhalarına daha geç ulaştığını bilmiyordu; bu yüzden iki taraf da ön sevişme esnasındaki aktiviteleri sürdürmek ve geliştirmek için çaba sarf etmemişlerdi.

İkinci uygun olmayan cinsel tepki ise cinsel kaygı duymaktır. İyi performans gösterme baskısı hissetme ve başarısızlıktan korkma gibi kişisel faktörlerdir. Bu tarz çıkarımlar, Frank ve Barbara'nın vakasında da açıkça görülmektedir. Frank yıllarca boşalma sırasında kontrolünü kaybedeceği ile ilgili endişe duymuştur. Bu korkusundan dolayı, cinsel aktivitenin ilk aşamalarında acele etmiş ve Barbara'nın işleri yavaşlatacak herhangi bir hareketine karşı direnç göstermiştir. Diğer bir yandan Barbara ise kaygılı durumun diğer tarafındadır. Her zaman orgazm olmaya çalışsa da (kendisi orgazma ulaşamadığının kısmen farkındadır), kendini bırakma konusunda kaygı duymaktadır. Barbara eğer kendini serbest bırakırsa ve "saf cinsel dürtüleri"ni izlerse kontrolünü kaybedeceğine kendini inandırmıştır. Bunu yaparak, Frank'i kaybetme riskinin olacağından korkmuştur, çünkü davranışları Frank'ı geri püskürtebilirdi. Bu, bir kısır döngüydü.

Cinsel işlev bozukluğunu devam ettiren üçüncü faktör ise, erotik hislere karşı algısal ve entelektüel savunmalardır. Cinsel tepkiler kişinin istemli kontrolünün altında değildir. Örneğin, ereksiyonda kontrolü kaybetme korkusu, erotik bir uyaranı düşünmektense, ereksiyonu düşünmektir. Bazı insanlar cinsel aktivite esnasında takıntılı bir şekilde kendilerini gözlerler ve bunun sonucunda da, kendi sevişmelerinde oyuncu yerine izleyici olurlar. Bu problem Barbara'nın karakteristik davranışıdır. Cinsel aktivite esnasında Barbara, kendini sürekli düşünürken ve kendi performansı ve isteği ile ilgili kendi kendine sorular sorarken bulmaktaydı (Bu sefer orgazm olacak mıyım? Eğer Frank düşündüklerimi bilirse ne olur?).

Cinsel işlev bozukluklarına doğrudan neden olan iletişim kurmadaki başarısızlık, en son kategoridir. Orgazm bozukluğu yaşayan kadınlar, mastürbasyona karşı olumsuz tutumlarına ve seks ile ilgili suçluluk hislerine ek olarak, cinsel aktivite ile ilgili özellikle klitoral uyarılmayla ilgili olarak konuşmak konusunda rahatsız hissederler (Kelly, Strassberg ve Turner, 2004). Frank ve Barbara'nın vakasında da iletişim kurmada başarısızlık göze çarpmaktadır. İki taraf da istekleri ve arzuları ile ilgili konuşma konusunda isteksizdi. Barbara'nın durumu, yetiştiği çevre ile ilgidir. Anne ve babası, edepli insanların seks hakkında konuşmadığı mesajını açık bir şekilde vermişlerdi. Adet görme ve hamilelik gibi basit konuları bile annesi ile konuşamazken; kocası ile ilgili erotik fantezilerini konuşmayı nasıl

bekleyebilirdi? Sonuç olarak, Barbara ve Frank, birbirlerinin hangi tarz uyarılma ve fantezilerden zevk aldığını bilmemekteydi.

Tedavi

Masters ve Johnson'ın (1970) çalışmaları cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde psikolojik yaklaşımların kullanılması açısından önemli bir etkiye sahiptir. Tedavi programının sonuçlarının rapor edilmesi ve değerlendirmesi ile ilgili birçok soru olmasına karşın, diğer çalışmaların ve eğitimlerin ortaya çıkması ve başarılı olmasında olumlu ve yaratıcı bir etkiye sahiptir. Seks terapistleri, temel olarak problemin güncel ve durumsal belirleyicileri ile ilgilenmektedir. Bu, bilişsel-davranışçı yaklaşımın bakış açısıdır. Terapist dikkat dağıtıcı beklentileri (çoğunlukla tedavinin ilk günlerinde cinsel birleşme yasaklanmaktadır) uzaklaştırarak cinsel kaygının azaltılmasını ve yerine rekabet eden davranışın konulmasını hedefler. Örneğin, duyu odağı alıştırmaları, performans beklentisini azaltarak erotik bir atmosfer oluşturmaktadır; böylece çiftler daha özgürce iletişim kurabilmektedir (Bach, Wincze ve Barlow, 2001; McCarthy, 2004).

"Başla-dur" alıştırması, cinsel işlev bozukluklarından erken boşalmayı tedavi etmeyi amaçlayan ileri düzey bir alıştırmadır. Erkek partnere, boşalması yaklaştığı zaman bunu anlaması için dikkatini vermesi ve bu dürtüsü geçene kadar uyarılmayı durdurması öğretilmektedir. Frank'ın deneyimleri, önemli bilişsel değişimler fiziksel ve davranışsal değişimleri de beraberinde getirdiğini göstermektedir. Boşalma tepkilerini başarılı bir şekilde kontrol etmeye başladıkça, uzayan ön sevişme esnasında daha az kaygı hissetmektedir. Frank'ın özgüveninin artması ve iletişim kurmaya istekli hâle gelmesi ile Barbara'nın orgazm problemini de etkilemiştir. Bu yaklaşım sayesinde büyük bir başarıya ulaşılmıştır (Grenier ve Byers, 1995).

Erken boşalmayı tedavi eden diğer faydalı yaklaşım anti-depresan tedavisidir. Çift körlemesine, plasebo-kontrollü çalışmalar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)'dan olan paroksetin (paksil) tedavisinden 3-4 hafta sonra boşalmanın anlamlı bir şekilde daha çok geciktiği bulunmuştur (Waldinger, Zwinderman ve Olivier, 2001).

Kadınlardaki orgazmik bozuklukların tedavisinde de gidiş iyidir. Örneğin, tedaviden önce hiç orgazm olmamış 150 kadının yüzde 95'i doğrudan mastürbasyon eğitimlerinde başarılı olduklarını belirtmişlerdir (LoPiccolo ve Stock, 1986). Ayrıca, kadınların yüzde 85'i partnerleri tarafından doğrudan uyarıldıkları zaman orgazm olabilmektedir. Fakat bu kadınların sadece yüzde 40'nın birleşme esnasında orgazm olabildiği belirtilmiştir. Birkaç istisna dışında bütün kadınlar, orgazm olabilmeyi öğrenmiştir fakat kadınların önemli bir kısmı sadece birleşme esnasında orgazm olamamıştır. Barbara'nın vakasında da olduğu gibi, çoğu kadın erekte olmuş penis hareketleri dışında ekstradan uyarılmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu kadınlarda

tedavinin başarısız olduğu düşünülmemelidir. Tedavinin tek başarısını sadece birleşme esnasındaki orgazm göstermemektedir (Stock, 1993).

Araştırmalar, cinsel performansın boşalmayı geciktirme ve orgazm tepkileri gibi belirli noktalarına odaklanmaya eğilimlidir. Bunların, sadece cinsel uyumun bir parçası olan performans değişkenleri olduğunu unutmamak gerekir. Uyarılma, kişisel doyum, partnerine yakınlık ve sıcaklık hissetme gibi faktörler diğer önemli değişkenlerdir. Barbara cinsel birleşme sırasında orgazm olamasa da, Frank ve Barbara cinsel ilişkilerinden mutludur. Birbirleri ile kurdukları iletişim sayesinde ve cinsel isteklerini paylaşma konusunda istekli olmaya başlamaları; değişik pozisyonlar denemelerini ve birleşme esnasında klitorisi elle uyarmalarını sağlamıştır. Bazı kısıtlamalar olsa da, orgazm bozukluklarına doğrudan yaklaşım çoğunlukla başarılıdır (Heiman, 2002).

Tartışma Soruları

1. Barbara ve Frank cinsel ilişkilerinde sorun yaşamaktadır. Barbara kadınlarda orgazm bozukluğu tanısı almıştır. Fakat bu problem sadece onunla mı ilgilidir yoksa Frank ve ikisinin problemi midir? Cinsel işleve bozuklukları partneri terapiye gelmeden bireysel olarak tedavi edilebilir mi?
2. Cinsel işlev bozukluklarının olmasında ve devam etmesinde kültürün etkisi nasıldır? Popüler medyanın cinsel davranışlara ve tutumları olumlu ya da olumsuz yönde etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?
3. Barbara'nın cinsel problemlerinin olmasında anne ve babasının etkisi var mıdır? Benzer ailelerde büyüyen bazı çocukların yetişkinliklerinde orgazm sorunları olmamaktadır. Bazılarında olmazken neden Barbara cinsel problemler yaşamıştır?
4. Toplumumuzda, viagra en sık kullanılan ve reçete olarak yazılan ilaçlardan biridir. Eğer Barbara tedavi görürken, viagranın kadın versiyonu olsaydı, bu Barbara'nın sorununu çözer miydi?

BÖLÜM 17*

Cinsiyet Disforisi

Chris Morton 21 yaşındadır ve üniversite son sınıf öğrencisidir. Akademik ve sosyal olarak birçok yönden başarılı bir öğrencidir. Chris kendini tanımlarken erkek zamiri kullanmaktadır. Ancak Chris'in problemi, cinsiyet kimliği ile ilgili çatışma yaşamasıyla alakalı olduğu için, bu bölümde Chris'i ifade ederken kadın veya erkek zamiri kullanımına karar verirken zorlanılmıştır. Okuyucu için karışıklık olmaması açısından, bu vakada kadın zamiri kullanmaya karar verdik. Birçok açıdan karmaşık bir vakadır. Temel ve çürütülemez görünen ve birçoğumuzun yaptığı kadın erkek ayrımının doğruluğu da sorgulanmaktadır.

Chris anatomik olarak kadındır. Fakat bu ayrım dışarıdan, fiziksel görünüme dayanarak kolay bir şekilde yapılamamaktadır. Chris zayıf ve uzundur: 58 kg ve 178 boyundadır. Kalçaları dardır ve göğüslerini kıyafetlerinin altında bandajladığı için küçüktür. Suratı androjendir (hem erkek hem kadın suratı gibi), cildi yumuşak ve pürüzsüzdür. Fakat suratı ne çok ince ne de kadınsıdır. Saçları kısadır ve erkek kıyafetleri giymektedir. Tipik olarak bir kot pantolon, kravatlı erkek tişörtü ve süveter giymektedir. Genellikle erkek iç çamaşırları ve Oxford tarzı veya mokasen erkek ayakkabıları giymektedir. Ayrıca sağ eline erkek yüzüğü takmaktadır ve erkek kol saati kullanmaktadır. Genellikle dış görünüşü temiz ve düzenlidir. İlk bakışta Chris'in kadın veya erkek olduğu net olarak anlaşılmamaktadır. Ses tonu da bu konuda ipucu vermemektedir çünkü ne çok tiz ne de çok kalındır. Çoğu insan onun erkek olduğunu düşünmektedir ve hayrete düşmektedir.

Tavırları ve davranışlarına dayanarak, Chris'in erkek olduğu düşünülmektedir. Cinsiyet disforisi yaşayan diğer kişiler gibi, Chris kendisini kadın bedenine sıkışmış erkek olarak tanımlamaktadır. Cinsiyet kimliği ile ilgili kafası karışıktır. Biyolojik açıdan, Chris erkek olmadığını fark etmiştir. Göğüsleri ve vajinası olduğunu bilmektedir ve regl olmaktadır. Fakat fiziksel anatominin ötesinde bir şeyler vardır. Kendini hatırladığından beri, Chris kendini hep kadından çok erkek gibi hissetmiştir. Bu hissi diğerlerine açıklamaya çalışırken şu ifadeleri kullanmaktadır: "Ne istersenız düşünebilirsiniz ve çoğu insanın buna inanmak istemediğini biliyorum fakat eğer benimle vakit geçirirseniz, benimle konuşursanız, ne demek istediğimi anlayacaksınız. Benim kadın olmadığımı anlayacaksınız." Bu kişisel algıların detayları,

*Çeviren: Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın

Chris'in inancını destekleyen deneyimler, bu bölümde bahsedilecek kadınsılık ve erkeksiliğin ne olduğunun da temelini oluşturmaktadır.

Chris çevresinde erkekler olduğunda, kendini daha rahat hissetmektedir. Cinsel olarak erkeklerden etkilenmemektedir ve hiçbir zaman erkeklerle flört etmemiştir. Onlarla yakın arkadaş olmak istemiş ve kadınlarla olan ilişkilerini ve maceralarını anlatmak istemiştir. Chris'in kadınlara karşı davranışları, genellikle erkeksi ve aşırı kibar olmuştur. Kadınlara kapıları açmaktan, yemeğe otururken sandalyelerini çekmekten ve odaya girdiklerinde ayağa kalkmaktan hoşlanmıştır. Bu davranışların sadece erkeksi davranışlarla ilişkili olduğunu söylemek yanlış olur; bu davranışlar, terbiyesinin ve yetiştirilme tarzının da bir parçasıdır. Chris bu şekilde davrandığında daha rahat hissetmektedir çünkü daha erkeksi ve daha doğal hissetmesini sağlamaktadır.

İnsanlar Chris ile ilk kez tanıştığında farklı şekillerde tepki vermiştir Çoğu kişi erkek olduğunu düşünmüştür; nadiren diğerleri de kadın olarak görmüştür. İnsanlar kadın olduğunu dile getirdiğinde onları düzeltmiştir. Hocası, Chris'i birilerine tanıtırken veya işaret ederken kadın zamiri kullandığında, Chris bunu hemen erkek zamiri olacak şekilde düzeltmiştir. Bu gibi durumlarda özellikle dikkatleri ve merakları üzerine çekmekteydi. Chris, abartılı erkek duruşu ve erkek sesi gibi erkeksi hareketler ile bu tarz belirsiz durumların üstesinden gelmeye çalışmıştır. Bu durum ilk kez, seminer dersinde sınıfa girerken yaşanmıştır. Odada dolaştıktan sonra, bacaklarını erkeksi bir pozisyon alacak şekilde üst üste atmıştır. Telefonu cevaplarken, ses tonunu alçaltmıştır.

Chris, cinsel olarak kadınlardan etkilenmektedir ve kendisinin heteroseksüel olduğunu düşünmektedir. Chris'in uzun süreli ve iki yakın ilişkisi olmuştur ve ikisi de kadındır. Şu anki sevgilisi Lynn, 26 yaşında ve biseksüeldir ve Chris'e erkekmiş gibi davranmaktadır ve ilişkilerinin heteroseksüel bir ilişki olduğunu düşünmektedir. Lynn ilk tanıştıkları zaman, Chris'in kadın olduğunu düşünmüştür ve kadın olarak etkilenmiştir. İlişkileri ilerledikçe Lynn, Chris'in erkek olduğunu düşünmeye başlamıştır. İlk olarak fiziksel davranışlarından etkilenmiştir. Daha sonra duygusal ve entelektüel özelliklerini fark etmiştir. Chris, Lynn'in ağladığı şeylerden daha farklı şeylere ağlamış ve Lynn'in bazı kadınsı deneyimleri konusunda empati gösterememiştir. Lynn, Chris'in menüstrasyon dönemindeki rahatsızlığına empatik yaklaşmamasına çok şaşırmıştır. Ve Lynn, Chris'in sorularına genellikle çok şaşırmıştır. Bir gün Chris ve Lynn sevişirken Chris, Lynn'e, "Vajinanın içinde penis olsaydı nasıl hissedersin?" diye sormuştur. Bu duyumu Chris daha önce hiç yaşamamıştır ve yaşamak da istememektedir.

Chris'in ailesi, lise son sınıftan beri Chris'in cinsiyet disforisi olduğunu biliyordu. Bu konunun üzerine konuşmak onlar için zor bir durum olsa da Chris'e olan sevgileri, erkek gibi yaşamasından endişe duymaktan daha önemliydi. Ve tepkileri de çok farklı olmuştur. Chris'in annesi, bu durumu kabul etmiş ve duygusal olarak destek olmaya çalışmıştır. Diğer bir taraftan babası ise, durumla daha mantıklı bir

şekilde baş etmeye çalışmış ve Chris'in geçmesi gereken bir dönemde olduğunu düşünmüştür. İkisi de dış görünümünü kalıcı bir şekilde değiştirecek fiziksel bir tedaviyle ilgilenmesine karşı çıkmışlardır.

Chris'in hayatı birçok yönden iyi gitmesine karşın, erkeksi cinsiyet kimliğine daha uygun bedene sahip olmak için bir şeyler yapmak istemiştir. Bu doğrultuda bazı seçenekler uygun gözükmüştür. İlk olarak, göğüslerinin alınmasını istemiştir. Ayrıca sesinin daha da kalınlaşması ve yüzünde kılların çıkması için erkeklik hormonu almaya başlamak istemiştir. Son olarak da testosteron tüketimi konusunda zorluk çıkarması sebebiyle rahmini ve yumurtalıklarını ameliyatla aldırmak istemiştir. Ayrıca penisinin olmasını istemesine karşın, işlevsel bir erkeklik organı sağlamayacağı için genital bir ameliyat istememiştir. Var olan organın zarar görme olasılığı ve klitoral uyarılma ile orgazm olma kapasitesini kaybetmekten de korkmuştur.

Chris'in erkeksi kimliği ile ilgili ilgi çekici bir nokta bedenini fiziksel olarak değiştirmenin avantaj ve dezavantajlarını tartışırken ortaya çıkmıştır. Örneğin, Lynn çocuk sahibi olma kapasitesini kaybetmenin travmatik sonuçlarından bahsetmiştir. Ya birkaç yıl sonra Chris çocuk sahibi olmaya karar verirse ve hata yaptığını düşünürse? Bu fikir, Chris'e tamamen uzak gelmiştir çünkü hiçbir zaman böyle bir endişesi olmamıştır. Chris için bu değişimler temelinde kozmetiktir. Gelecekle ilgili planları onu endişelendirmiştir. "Şimdi genç bir erkek gibi olabilirim, 21 yaşındayım ve bu normal. Fakat 40 yaşıma geldiğimde yüzümde tüyler olmadığı için 20 yaşında gibi gözükürsem ne olacak? Hayatım boyunca 20 yaşındaki kadınlarla çıkamam ve mutlu olamayabilirim."

Üniversitedeki son yılında, kampüste sağlık merkezindeki psikoloğu görmek için randevu almıştır. Psikologla erkeklik hormonu alma ve vücudunu ameliyatla değiştirme isteğini konuşmak istemiştir. Bu kararını uzun süre önce vermiş ve diğer insanlarla konuşmuş olmasına karşın, bir ruh sağlığı uzmanının görüşünü almak istemiştir.

Sosyal Geçmiş

Chris, 4 çocuklu bir ailenin en büyük çocuğudur. Kendinden 1 yaş küçük erkek kardeşi ve iki tane kız kardeşi vardır.

Chris her zaman kendini erkek gibi hissettiğini söylemiştir. Diğer insanlar, onu erkek Fatma gibi görmüştür, fakat Chris farkı anlamıştır. Chris küçükken her zaman erkek kardeşi ile birlikte oyun oynamıştır. Spor, özellikle basketbol, ailelerinin merkezinde olmuştur. Babası, vaktinin çoğunu kardeşi Rick ve Chris'e garajlarında basketbol öğretmekle geçirmiştir. Bunlar Chris için çok güzel anılardır, fakat Chris büyüdükçe bu gruptan dışlandığını da hatırlamaktadır. Örneğin, Küçükler Ligi kurallarına göre kızların katılması yasaktı ve 9-10 yaşlarında

yaygın olarak yapılan takım oyunlarında erkeklerle oynaması konusunda cesareti kırılmıştı. Kardeşi ile ikisi takım oyunlarında oynamaktaydı ve babaları koçluk yapmaktaydı, fakat Chris kızlar takımında oynamak zorunda kalmıştır ve Chris, bu durumun hem kendisi hem de diğer kızlar için adil olmadığını düşünmüştür. Kızlar takımında en iyi oyuncu olmasına karşın, erkekler takımında ortalama bir oyuncu olabileceğini ve oraya ait olduğunu düşünüyordu. Liseye başladığı zaman da takımı bırakmıştır çünkü takımın bir parçası olarak, isminin ve resminin kızlar takımında olmasını istememiştir.

Chris'in annesi ile ilişkisi hep iyi olmuştur; onu duygusal destek ve empati kaynağı olarak görmüştür. Annesi atletik olmadığı için, babası ile yaptıkları aktivitelere katılmamıştır ama annesi ve Chris, zamanlarını konuşarak ve alışveriş yaparak geçirmişlerdir. Bunun yanı sıra, diğer kızların yaptığı ve anneleri ile paylaştığı diğer aktiviteler Chris'in ilgisini çekmemiştir.

Chris okula başladığı ve diğer çocuklarla ortak alanlarda tanıştığı zaman, neredeyse herkesin normal görüp kabul ettiği bazı durumlarla yüzleşmeye ve bunların üstüne düşünmeye başlamıştır. Örneğin, kaç çocuk hangi tuvaleti kullanacağını iki kere düşünmüştür? Chris, 1 ve 2. sınıftayken kızlar tuvaletini kullanırken rahatsız hissettiğini hatırlamaktadır. Birinci sınıftayken, kızların üniforma giymek zorunda olduğu kilise okuluna gitmiştir. Elbise giymiştir, uzun saçlarını atkuyruğu yapmıştır. İkinci sınıfa geçer geçmez okulunu değiştirmiştir. Kardeşi Rick ile devlet okuluna geçtikten sonra, saçlarını kısacık kestirmiştir; erkeklerden ayırt edilmeyi zorlaştıran salaş ve bol kıyafetler giymeye başlamıştır. Buna benzer başka bir durum soyunma odasında yaşanmıştır. Chris 9 yaşındayken, annesi Chris ve Rick için halka açık yüzme havuzunda yüzme kursu ayarlamıştır. Chris sınıfın tatlı kız çocuğu olarak görülmüştür. Diğer kızlarla aynı soyunma odasında olmaktan ve kızların giydiği mayoyu giymekten dolayı utandığını ve sıkıldığını hatırlamaktadır.

Chris'in çocukluktaki cinsel oyunları, küçük erkekler yerine küçük kızlarla olmuştur. 9 yaşındayken, 11 yaşındaki komşu kızları ile bu tarz oyunlar oynamıştır. Ayrıca erkeklerle de cinsel oyunlar oynamayı denemiştir. Henüz genç yaşta olmasına karşın, cinsel olarak erkekler yerine kızlardan etkilenmiştir. Erkeklerle cinsel oyunları oynamak için birçok fırsatı olmasına karşın, ilgilenmemiştir. Kızlar daha çekici ve ilginç gelmiştir.

Liseye başladığı zaman, Chris asıl ismi olan Christine ismini kullanmayı zaman içinde bırakmıştır. Ayrıca Chris ismi hem kadınlar hem erkeklerde kullanıldığı için bu isimden de hoşlanmamaktaydı. Kulağa daha erkeksi geldiğini düşündüğü "Morty" takma ismini kullanmıştır.

Ergenlik, Chris için önemli bir dönüm noktası olmuştur. Kadın cinsiyetinden kopuşu daha görünür hâle gelmiştir. Bütün kızlar elbise giymek, erkeklerle buluş-

mak isterken; Chris pantolon giymek ve kızlarla buluşmak istemiştir. Lisede vücudundaki değişiklikler daha belirgin hâle geldiği zaman, durumlar daha moral bozucu olmuştur. İlk kez adet görmesi felaket bir durum olmuştur ve diğer insanlar tarafından da fark edileceği için göğüslerinin çıkması, durumu daha zor bir hâle getirmiştir. Chris, tişörtünden gözükmemesi için ten renginde kuşakla göğüslerini sıkıca bağlamıştır. Sardığı kuşak, çoğu kez göğüslerini ezmiş ve yaralamıştır. Beden eğitimi derslerinde üstünü değiştirmesi gerektiği zamanlarda, göğüslerine kuşak sardığını kimsenin görmemesi için, kendisine her zaman diğer kızlardan uzak izole bir yer bulmak zorunda kalmıştır. Kadın bedenine sahip olduğunun fark edilmesi yerine, bu rahatsızlığı ve acıyı yaşamayı tercih etmiştir.

Cinsiyet rolleri ve davranışları ile ilgili rahatsız olmasına karşın, Chris'in birçok arkadaşı vardı. Hem akademik hem de okul dışı aktivitelerde çok aktifti. Öyle ki, Chris çok popülerdi ve diğer öğrenciler tarafından saygı duyulduğu için lise 1. sınıftayken sınıf başkanı seçilmişti. Erkeksi kıyafetler giymesine karşın, spor derslerine kızlarla katıldığı için herkes kadın olduğunu biliyordu. Arkadaşları ve Chris'in yaptığı aktivitelerden biri, akşamları veya hafta sonları patenle kaymaktı. Okulundaki ve diğer okullardaki birçok genç, patenle kaymak, rock müzik dinlemek, pizza yemek ve güzel vakit geçirmek için toplanmaktaydı. Chris iyi bir atlet olduğu için ve fiziksel aktivitelerden hoşlandığı için keyifli zaman geçiriyordu. Bazen, garip anlar da yaşanmaktaydı. Örneğin, müzik çalarken dj "sadece kızlar" ve "sadece erkekler" eşlik etsin anonsunu yaptığında, her iki durumda da Chris pisti terk edebilirdi, çünkü kız gibi görülmek istemiyordu ama erkeklerle olmasına da izin verilmiyordu.

Chris lise 2. sınıfa giderken, annesi ve babası boşanmıştı. Annesi ve babası anlaşamadıklarını gizlediği için, bu haber bütün çocukları için sürpriz olmuştu. Geçmişe baktığında, Chris bir şeylerin olduğunu anlaması gerektiğini düşünmüştür. Çünkü anne ve babası odalarında çok fazla sessizce konuşarak zaman geçiriyordu. Ayrı yollara gitme konusunda ikisi de iş birliğine varmıştı. Bu durum elbette ki iki taraf için zor bir durumdu, fakat ayrılma süreçlerindeki çekişmeye çocuklarını dâhil etmemişlerdi. Chris ve kardeşleri anneleri ile yaşamaya devam etmiş ve babalarını da hafta sonları ziyaret etmişlerdir.

Chris 17 yaşına geldiğinde, kadın olmaktan duyduğu rahatsızlık ile ilgili annesiyle konuşmaya karar verdi. Annesine erkek olmak istediğini söyledi. Annesinin cevabı ise şöyle olmuştur: "Seni biliyorum. Senin yaşlarında ben de 'erkek Fatma' gibiydim, fakat bundan vazgeçeceksin." Annesi erkeksi giyimine tolerans gösterse de Chris'in iç dünyasını tamamen anlamış gibi gözükmemişti.

Chris'in lisedeki en iyi arkadaşları 3 tane erkekti ve zamanlarının çoğunu birlikte geçirmişlerdi. Bunlar, sınıfın liberal entelektülleriydi. Bu grup, Chris'i cinsiyetini düşünmeden kabul etmişti. Arkadaşlarından biri daha sonra, "Seni bir kız olarak hiç düşünmemiştim zaten. Bence önemli değil. Sen sadece Morty'sin."

diye ifade etmişti. Fakat Chris'in durumu, bazı öğrencilerin ve öğretmenlerin dikkatini çekmişti. Erkek pantalonu ve tişörtleri giyiyor ve bazen spor ceketleri ile kravat takıyordu. Chris ve arkadaşları ayrıca iyi birer dansçılardı ve hafta sonları, zamanlarının çoğunu lokalde dans ederek geçiriyorlardı. Onlar bir partiye gittiklerinde, herkes onlarla birlikte dans etmeye ve eğlenmeye başlıyordu

Seks Chris için aşırı sinir bozucu bir ikilemdi. Erkek arkadaşları gibi, kızlardan etkileniyordu. Erkekler kızlarla ilgili konuştuğu zaman Chris de katılmak istiyordu. Fakat bütün arkadaşları onu kız olarak biliyordu. Özellikle bir önceki sene okullarına gelen bir kızdan, Jennifer'dan çok hoşlanıyordu. Jennifer zeki, çekici ve sempatikti. Görünüşü ve davranışları oldukça kadınsıydı. Vaktinin çoğunu Chris ve arkadaşları ile geçiriyordu fakat basketbol takımının kaptanı ile birlikteydi. Chris ve Jennifer gün geçtikçe birlikte daha fazla zaman geçirmeye başlamıştı. Her gece telefonda en az 1 saat konuşuyor ve hafta sonları da birbirlerinden sanal olarak kopmuyorlardı.

Okullarının 3. yılında Jennifer'in erkek arkadaşı üniversiteye gitmek için başka bir şehre taşınmıştı. İlişkileri bozulmaya başlamıştı fakat Jennifer nasıl bitireceğini bilmiyordu. Bu zor aylarda Chris, Jennifer'ın duygusal destek kaynağı olmuştu. Chris, Jennifer'dan çok hoşlanmaya başlamış ve cinsel olarak da etkilendiğini fark etmişti. Fakat Jennifer'a bu hislerinden bahsederse ilişkilerinin zarar görme ihtimalinden korkmuştu.

Bütün durumlar, bir cumartesi gecesi aniden değişmişti. Birlikte sinemaya gitmişler, karanlık sinemada yan yana oturmuşlardı. Jennifer, Chris'e karşı duygusal olarak yoğun hislerinin olduğunu fark etmişti. Otururken ellerini bacaklarına koymasını ve kollarıyla onu sarmasını içinden dilemişti. Jennifer, bu hislerini film bittikten sonra Chris onu eve bıraktığında açıkladı. Chris de hislerini Jennifer'e açıkladı. Bu durumu Jennifer'ın evinde konuşmaya devam ettiler, en sonunda Jennifer'ın yatak odasına dinlenmeye gittiler ve gecenin geri kalanını sevişerek ve konuşarak geçirdiler.

İki taraf da fiziksel ilişkilerinin doğasının heteroseksüel olduğunu düşündü ve ikisi için de ilişkileri, oldukça keyifli oldu. Fakat bazı garip anlar da oldu. Örneğin seks yapmaya başladıkları ilk 6 ay, Chris, Jennifer'ın göğüslerine ve genital bölgesine dokunmasına izin vermemişti. Chris, Jennifer'a ağzı ve elleri ile dokunurken, Jennifer'a izin vermiyordu. Seviştikleri zamanlarda Chris pantolonunu hiçbir zaman çıkarmamıştı. Bu çekingenliğinin ve direncinin temelinde, Chris'in yanlış vücuda sahip olduğu hissi vardı. Eğer Jennifer'ın dokunmasına izin verirse, kadın vücuduna sahip olduğunu hatırlayacaklardı. Bu ikisi içinde moral bozucu bir durumdu. Fakat Jennifer, Chris'in erkek veya kadın olması ile ilgilenmiyordu. Chris'e aşıktı; tam ve karşılıklı bir ilişki istiyordu. Chris ayrıca engellenmiş hissediyordu çünkü Jennifer'ı penisi olmadığı için tatmin edemediğini hissediyordu. Jennifer'ın kibar ısrarları so-

nucunda, zaman içerisinde ilişkilerinde birbirlerine karşı fiziksel olarak daha açık olmaya başlamışlardı. Chris elle ve oral olarak uyarılmaktan keyif aldığını fark etmiş ve orgazm olma konusunda daha sonra sorun yaşamamıştı.

Chris ve Jennifer yakın ilişkilerine ailelerinin baskısı olmadan devam edebilmişlerdi çünkü aileleri Chris'i kız olarak görmüş ve birbirlerine âşık olma ihtimalini hiç düşünmemişti. Herhangi bir şüphe olmadan geceleri Jennifer'ın evinde zaman geçirdiler. Jennifer'ın annesi ara sıra Chris'in giyimi ve tavırları ile ilgili yorum yapıp, sorular sormasına karşın, Chris'in davranışlarından ve kızının da ona ilgisi olduğundan tamamen habersizdi.

Jennifer'in, Chris'e karşı ilgisi açıkça belli olmasına karşın, Jennifer diğer insanların tepkilerine karşı hassaslaşmaya başladığı için ilişkilerinde sorunlar da başlamıştı. Bu sorunlarından biri, Chris ve Jennifer görüşmelerini gizlemelerine karşın okulda dedikodunun hızlıca yayılmasıydı. Diğer öğrenciler her zaman Chris'in erkeksi davranışlarına tolerans göstermişlerdi. Fakat güvendiği arkadaşları ilişkilerinin duyulmasına neden olmuştur ve diğer insanlar açık bir şekilde eleştirmeye başlamıştır. Bu durum, diğer öğrencilerin Chris'in davranışlarını kabul etme konusunda sınırlarını zorladı.

Chris ve Jennifer'ın ilişkileri lise 3. sınıftayken bitti. Jennifer'ın annesi, Chris'in Jennifer'a yazdığı aşk mektuplarını buldu ve çok öfkelendi. Eğer ilişkilerine devam ederlerse, okul için finansal destek vermemekle ve eve almamakla Jennifer'ı tehdit etti. Bu baskı, Jennifer'a çok fazla geldi. İlişkilerini bitirmek zorunda kaldılar, fakat iyi iki arkadaş olarak görüşmeye devam ettiler. Jennifer daha sonra 2-3 erkekle daha görüştü ve sonrasında evlendi.

Chris, Jennifer'dan ayrıldıktan sonra ve Lynn'le ilişkisi başlamadan önce birkaç kişi ile görüştü. Bunlardan bazıları özellikle ilginçti çünkü Chris'in cinsel yönelimi ve cinsel kimliği ile ilgili içgörü kazanmasını sağladı. Üniversitede ilk yılında liseden bir arkadaşı olan Robert ile görüşmüş, birlikte zaman geçirmeye devam etmişler ve açık bir şekilde Chris'in cinsel hayatını konuşmuşlardı. Robert de aslında gaydı. İki taraf da karşı cinsiyetin cinsel yönelimlerine sahip olduklarını kabul etmişti. Meraklarını gidermek için birlikte seks yapmaya karar verdiler. Chris daha sonra bu deneyimi keyif verici buldu fakat kendini rahat hissetmemişti. Karşılıklı mastürbasyon yaptılar, Chris, Robert'in penisinin vajinasına girmesine izin vermedi. Daha önce bir erkekle cinsel bir deneyim yaşamamıştı; daha çok Robert'ın davranışlarını gözlemekle ilgileniyordu. Uyarıldığı ve orgazm olduğu zaman, onu izlemek istiyordu. Her zaman kendi cinsel davranışlarının kadından çok erkek davranışlarına benzediği hissi vardı; bu deneyim, karar vermesi için bir şans olmuştu. Chris o gece kendi davranışlarının erkeksi olduğundan fazlasıyla emin oldu ve erkeklerden etkilenmediğine karar verdi.

Chris, kesinlikle tek eşli ilişkiyi tercih etti. Mantığına bu uymaktaydı çünkü, birine yeterli yakınlık hissetmeden cinsel ilişki kurmak çok zordu. Ayrıca bu, bir seçim meselesiydi. Bazı insanların özellikle de erkeklerin çok eşli olmasını anlamıyordu.

Üniversite ikinci sınıfta, Chris transseksüellikle ilgili bazı kitaplar ve kaynaklarla karşılaştı. Diğer insanların da kendisiyle aynı hisleri yaşadığını ve daha resmî durumların olduğunu ilk kez fark etti. Bu ikilemi sadece kendisinin yaşamadığını görmek onu rahatlatan ve bazı önemli bilgiler de edindi. Örneğin, bazı transseksüel kadınların göğüslerini gizlemek için, kuşak yerine elastik bandaj kullandıklarını öğrendi. Bunu öğrendikten sonra daha rahat etti. Ayrıca vücudunu değiştirmek için hormon tedavisi ve bazı ameliyat olasılıklarını öğrendi. Bu alternatiflerin farkına varması, kütüphanede daha geniş çaplı okumalar yapmasını sağladı. Vücudunun görünüşünü değiştirmeye karar verdikten sonra, öğrenci sağlık merkezinden randevu aldı.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Chris öğrenci sağlık merkezine psikoloğu görmeye geldiği zaman, davranışlarını değiştirmek istediğini belirtti. Ruh sağlığı uzmanının geniş çaplı bir değerlendirmesi, görünüşünü değiştirme prosedürleri için gerekliydi. Chris, birçok zorlu prosedürün uygulanmasının sağlığında yaratacağı etkilerden önce, değişimi için hisleri ve motivasyonunu bütün samimiyetiyle öğrenmek istiyordu. Örneğin, hormon tedavisinin sivilce oluşumuna sebep olacağını ve tepesindeki saçların zayıflamaya başlayacağını biliyordu. Erkek cinsel kimliği ile ilgili güçlü hissetmesine karşın, cinsiyet değişim prosedürlerindense psikolojik tedavi ihtimallerini düşünme konusunda daha istekliydi.

Chris'in sosyal uyumunun çok iyi olması, durumunu değerlendirirken önemli bir noktadır. İşlevselliği yüksek düzeydeydi, notları iyiydi ve arkadaşlarının bazıları onu sadece erkek olarak bilmekteydi. Erkek kimliği ile yürüttüğü cinsel ilişkisinden tatmin olmaktaydı. Cinsiyet kimliğini değiştirme yöntemleri olsa bile, kadın gibi hissetmesi ve davranması için ikna edilse bile, hangisine daha iyi uyum göstereceği belli değildi. Bütün bu ihtimallerde de mutsuz olma olasılığı vardı. Sonuç olarak, psikolog Chris'in cinsel kimliği ile ilgili sorunların psikopatolojinin göstergesi olmadığına karar verdi. Psikolog, Chris'in medikal prosedürlerle ilgili kendi kararını vermesi konusunda destekleyici bir rol üstlendi.

15 Yıllık İzlem

Bu bölümde, Chris'in orijinal vakası yazıldıktan sonra, Chris'in daha sonraki 15 yıl içerisinde yaşadığı önemli deneyimler anlatılacaktır. Chris, şu an erkek olarak hayatına devam etmektedir. Başarılı bir geçişten sonra, artık onun için erkek zamiri kullanılmıştır.

Chris 2 yıl boyunca psikoterapiye düzenli olarak devam etti. Chris'in de beklediği gibi, psikolog psikoterapinin 1. yılının sonunda endokrinoloji uzmanına (hormonal bozukluklar konusunda uzmanlaşmış kişi) yönlendirdi. Hormon terapisi başlamadan önce doktor, psikolojik testleri doldurmasını ve psikiyatristin değerlendirmesini istedi. Doktor, Chris'in cinsiyet disfori tanısının doğru tanı olduğundan emin olmak istedi.

Psikolojik test profili ve psikiyatristin değerlendirmesi, Chris'in zeki olduğunu ve dış dünyayı objektif bir şekilde değerlendirebildiğini gösterdi. Psikotik düşünceleri olmadığı belirlendi. Bu yüzden, endokrinoloji uzmanı hormon tedavisine başlamayı kabul etti. Chris 22 yaşındaydı ve üniversitede ilk senesindeydi. Sağlık merkezinde aldığı ilk sentetik erkeklik hormon enjeksiyonunu bütün canlı detaylarıyla hatırlıyordu. Her 3 haftada bir 300 mg (1-1/2 cc) Depo-Testosteron alma şeklinde reçetesi verilmişti. Aynaya bakmış, fiziksel ve duygusal olarak nasıl değişebileceğini merak etmişti. Sonuçlardan tatmin olacak mıydı? Kendinden hoşlanmazsa ne olacaktı?

İlk büyük değişiklik, 2 ay sonra reglinin kesilmesi ile oldu. Artık her ay açık bir şekilde ona kadın olduğunu hatırlatan bir durum ortadan kalkmıştı. Diğer değişimler zaman içerisinde oldu. Ergenliğe giren erkekler gibi sesi kalınlaştı ve çatallaştı. Yağ oranı değişti, özellikle de kalça bölgesindeki. Daha kaslı olmaya başladı, göğüs dokuları azaldı ve artık göğüslerini gizlemek için bandaj takmasına gerek kalmadı. Göğüslerinin tamamen yok olması için en az 5 sene geçti. Kol, bacak ve göğüslerinde tüyler daha fazla çıktı. Yüzündeki tüyler daha uzun sürede çıktı. Başlangıçta her 4-5 günde bir tıraş oldu. Şimdi ise 2 güne bir tıraş olmakta ve havalı bir sakalı ve bıyığı bulunmaktadır.

Chris'in seks hakkında hislerinde öngörülen bir değişim olmadı. Her zaman normal seks dürtüsüne sahip oldu. Ancak, hormon terapisinin ilk iki yılında seks isteği bir anda arttı. Ergenliğini tekrar yaşıyormuş gibi hissetti. Bu "ilk ergenliği"nde hayallerinde kızları öpmüş ve ellerini tutmuştu. Ergen erkeklerin seks ile ilgili dürtülerini o zaman anlayabilmişti. Seks dışında başka şey düşünmekte çok zorlanmıştı. Yaşı ve olgunluğu yüzünden, bu tarz dürtülerini kontrol etmeye çalıştı. Üniversitede üç kadınla cinsel ilişki yaşadı ve orgazmlarının daha yoğun olduğunu fark etti. Kendi vücuduyla daha rahat hissetti ve mastürbasyon yaparken bile daha fazla keyif aldı.

Chris bu fiziksel değişikliklerini daha fazla ailesinden saklamadı. İnsanlar sesi ile ilgili sorular sormaktaydı ve bacaklarındaki tüyler de belirginleşmişti. Chris, babası ve üvey annesinin yardımlarıyla cinsel kimliğini diğer akrabalara anlatmaya karar verdi. Fakat, durumunu erkek kardeşi ve kız kardeşi ile özel olarak konuşmak istedi. Aile üyelerinden hiç kimsenin reddetmemesi ve dalga geçmemesi, Chris için büyük sürpriz oldu ve rahatladı. Bazıları sorununu anlamamıştı fakat hepsi, sevgisini gösterdi ve hepsi, hayallerini gerçekleştirme cesaretine hayran oldu. Arkadaşlarından her zaman destek gördü. Ailesinin de iyi dilekleri ile birlikte, artık hayatının hiçbir noktasında kadın gibi olmasına gerek kalmamıştı. Artık erkek olarak bilinmesinde sakınca yoktu.

Chris yüksek lisans derecesini aldı ve ilk profesyonel işine, başkentteki en büyük hastanenin kriz merkezinde başladı. Başlangıçta erkek gibi yaşadığı anlaşılacağı için kaygılandı çünkü büyüdüğü bölgeye çok yakın yerde çalışıyordu. Fakat böyle bir durum olmadı. İki yılın sonunda güvendiği bazı arkadaşlar edinmiş ve hikâyesini anlatmıştı. İş arkadaşları bu durumu rahatlıkla kabullendi.

Cinsiyet disforisi olan çoğu kimse, olmak istediği cinsiyete geçerken bazı yaratıcı yollara başvurmaktadır. Chris bu yaratıcılığını, sürücü belgesindeki cinsiyet kısmını değiştirmeye karar verdiğinde de kullanmıştır. Bu değişimi yapmak için mahkeme kararı ve resmî evraklar gerekmektedir, ancak Chris bunlarla uğraşmak istememiştir. O da diğer yolu düşünmüştür. Sürücü belgesini değiştirmeye karar vermiştir. Cinsiyet kısmında kadınlar için "K" yazılmıştır. Birkaç gün sonra, belgeyi veren aynı büroya gidip, soğukkanlı bir şekilde cinsiyet kısmında hata yapıldığını belirtmiştir. Bu hatayı sıklıkla yaşadığını belirtmiştir. Bazen insanların "Chris" ismine bakıp kadın olduğunu düşünüp öyle kayıt ettiklerini belirtmiştir. Memur bu durum için özür dileyip, yeni belgeyi çıkartmıştır. Sadece bakarak Chris'in erkek olduğunun çok belli olduğunu açıkça belirtmiştir.

Chris iş yerinde erkek olarak çalışmaktaydı. 25 yaşına geldiğinde resmî olarak ismini ve cinsiyetini değiştirmenin vakti geldiğini düşündü. Hukuki sistemde yardım ve rehberlik etmesi için bir avukat tuttu. Chris psikoloğundan, doktorundan, patronundan ve arkadaşlarından mahkeme için toplum içinde hayatını erkek olarak iyi yürüttüğünü anlatan bir yazı yazmalarını istedi. Birkaç ay sonra, 5 dakikalık görüşmeden sonra, hâkim artık Chris'in Christopher olduğunu ve resmî olarak erkek olduğu kararını açıkladı. Herhangi bir organı alınmadan (yumurtalık rahim ve göğüs hariç) veya bir organ eklenmeden (penis ve skrotum) bu karara varıldı.

Chris ameliyat olmamaya karar verdi. Tamamen memnun olmasa da, bedenini böyle kabul etti. Penisle doğmayı arzu etmiş olmasına karşın erkek olarak yaşamak, erkek gibi olmak ve kabul edilmek için penise ihtiyaç duymamaktadır. Dış görünümü için daha az testosterona ihtiyaç duysa da, hayatının geri kalanında ilaç kullanması gerekmekte idi. İlacı kullanma konusunda bazı kaygıları vardı çünkü, kadından erkeğe transseksüellerde ilacın uzun süreli etkileri ile ilgili çok çalışıl-

mamıştı. Eğer iğnelerini birkaç ay keserse, adet döngüsü tekrar başlayabilir, vücudundaki yağ oranı değişebilir ve yüzündeki tüyleri kaybedebilirdi. Ses tonu tekrar incelebilirdi. Ses telleri de erkeklik hormonları sonucu kalınlaşmıştı, ameliyatla değiştirmediği sürece ilaç kullanmaya devam edecekti. Bu yüzden, Chris'in ilaçlarını bırakmak gibi bir planı olmamıştır.

Chris'in hayatındaki önemli gelişmeler, sosyal hayatında da devam etmiştir. Başka ilişkiler yaşamasına karşın, lise aşkı Jennifer'ı her zaman sevmiştir. Jennifer evlense de, onunla tekrar ilişki yaşayacağı konusunda umudunu hiç kaybetmemiştir. Şans eseri, liselerinin 5. yıl mezunlar gününde birlikte çalışmak için yeniden karşılaştılar. Arkadaşlıkları kaldığı yerden devam etti. Jennifer evliliğinde mutlu olmadığı ve boşanmak isteği ile ilgili Chris'e kendini açtı. Chris arkadaşlıklarının tekrar daha yakın romantik bir ilişkiye dönüşmesini umut etti. Fakat Jennifer'ın boşanma sebebi de olmak istemedi. Jennifer, Chris'le ilişkisinden bağımsız olarak boşanma kararı aldı.

Jennifer arkadaş çevresi ile Chris'i tanıştırdı ve sosyal ortamlarına davet etti. Aynı yatakta yatmasalar da, ara sıra Chris'in evinde akşamları vakit geçirmeye başladılar. Birkaç ay sonra da, cinsel ilişkileri de başladı. Chris yeni vücudundan daha memnun olduğu için, cinsel ilişkileri önceye göre ikisi için de daha tatmin edici oldu. Heyecanları ve yeni ilişkilerindeki mutluluklarına karşın, yasak aşkları konusunda rahat hissedemediler. Tekrar birleştikten 1 yıl sonra, Jennifer boşanma davası açtı ve Chris'in yakınındaki bir eve taşındı, daha sonra da Chris'in evine taşındı ve birlikte yaşamaya başladılar. Chris'in lise aşkıyla evlenme hayali neredeyse gerçekleşmeye başladı. 4 yıl birlikte yaşadıktan sonra Chris, Jennifer'a evlenme teklifi etti.

Yapılacak bir sürü işleri vardı. Evlenmek için başvurabilecekler miydi? Onları kim evlendirecekti? Chris'in transseksüel olduğunu belirtmeleri gerekiyor muydu? Bu ve bunun gibi birçok durumla baş etmeleri gerekiyordu. İlişkileri birçok sorunla karşılaştı fakat evlenme planı karşında da ayakta durabilecek miydi? En stresli durumları, o sene boyunca yaşamışlardı. Jennifer hemşirelik okulundan mezun oldu ve mezuniyet belgesini aldı. Chris'in geniş ailesinden bazı kişiler dini inançlarından dolayı düğüne katılmak istemediler. Bütün bu zorluklara karşın evlilik belgelerini aldılar, onları evlendirecek yargıç bulabildiler ve çok güzel bir düğün yaptılar.

Chris'in hayatı birçok açıdan normalleşti. O ve Jennifer'in başarılı bir kariyeri vardı. Fakat Jennifer bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyordu. Çocuk istiyordu. Anne ve baba olabilmek için, suni döllenme süreçlerine başvurdular. Chris'in fiziksel özelliklerine ve karakter özelliklerine benzeyen, kimliğini bilmedikleri bir kişiyi (donör) olarak seçtiler. İki yıl sonra Jennifer hamile kaldı, hem de ikizlere!

İlk kez ebeveyn olmayla ilgili olarak, yukarıda ve aşağıda bahsedilen bütün normal kaygıları yaşadılar ve bazı ilginç durumlarla karşılaştılar. İkizlerin doğumu için hazırlanırken, Chris'in cinsiyet disforisini nasıl idare edeceklerini merak ettiler.

Kendi çıplaklıklarının, nasıl üstesinden geleceklerdi? Çocuklarının seks ile ilgili meraklarına nasıl tepki vereceklerdi? En baskı uyandıran belirgin durum, ebeveynliklerinin ilk yılında uyku için zaman bulma ve alt değiştirme konusunda olmuştur.

Chris saklamak istese de, çocuklarının Chris'in vücudunu hiç görmemesini düşünmek pek akla yatkın bir durum değildi. Jennifer ve Chris çocuklarının cinsellik ile ilgili sorunlarına dürüst ve yaşlarına uygun açıklamalar yapmaya karar verdiler. Chris ve Jennifer, tekrarladıkları bazı hazır cevapların çocuklarının acımasız dürüstlükleri ile kolayca yıkılabileceğini öğrendiler. Örneğin, yemek esnasında üç yaşındaki oğlu bütün masaya "Ben de büyüdüğüm zaman babam gibi penissiz bir erkek olmak istiyorum." demişti. Chris'in oğlunun, babasının fiziksel anatomisine karşın onu erkek olarak görmesi, beden görünümü ile ilgili ilginç bir çıkarımdır. Aslında, çocukların, Chris'in kadın olup olmadığı ile ilgili kafaları hiç karışmamıştı. Kızı da gururlu bir şekilde "Annem ve ben kızız, sen ve babam erkeksiniz" diye söylemişti. Chris bir gün "Babanızın penisi tam çalışmıyor. Fakat sizin penisiniz ve vajinanız gayet iyi" açıklamasını o gün ilk kez yaptı. Bu basit açıklamanın yeterli olmayacağını ve bu konunun tekrar açıklanacağını biliyordu.

Chris'in cinsiyet disforisi hep olmuştu, fakat artık disfori hayatının merkezinde değildi. Reddedilme ve dalga geçilme ile ilgili eski kaygıları bazen ortaya çıksa da, kendisini kabul etti ve hayatını mutlu ve dolu dolu yaşadı. Chris cinsiyet disforisini, tedavi edilmesi gereken bir rahatsızlık olarak düşünmemekteydi. Hep öğrenmesi ve baş etmesi gereken bir durum olarak gördü.

Tartışma

Bu vakanın tartışması, örtük ve çoğunlukla tartışmalı konuları içermektedir. Bu bölüme bazı temel terimleri açıklamakla başlamak yardımcı olacaktır. *Cinsiyet kimliği,* bireyin kadın veya erkek olduğuna dair inancı veya görüşüdür. Bu inancın toplum içinde temsili, erkeksilik ve kadınsılık ile ilgili toplumsal rollerine uygun davranışlarla olur. *Cinsel yönelim* ise, kişinin cinsel partner olarak kadın veya erkek seçimidir. İnsan davranışlarının sonsuz çeşitliliği içinde cinsiyet kimliği, toplumsal cinsiyet davranışları ve cinsel yönelimin sonsuz kombinasyonu vardır (Clemans ve ark.,2010; Kessler ve McKenna, 2000).

Cinsiyet disforisi yaşayan kişiler problemin şiddetine ve sürekliliğine göre farklılık gösterir. Cinsiyet kimliği sorunu yaşayan görece az kişi, yetişkinlikte aynı sorunları yaşamaktadır (Zucker, 2005). Transseksualizm, yetişkinlikte cinsiyet disforisinin ciddi olduğu durumları bazen tanımlamak için kullanılmaktadır.

Cinsiyet disforisi neden bu kadar tartışmalı bir konudur? Bizim kendimizi ve dünyayı ne şekilde gördüğümüzle alakalı olarak bu tarz sorular da artmaktadır. Çünkü transseksüellerin tutumları ve amaçlarını gerçekleştirmeye yardım eden

bazı ameliyat prosedürleri, kadın ve erkeklerle ilgili popüler tutumlarla uyumlu olmayabilir (Lev, 2005). Buradan sonraki tartışma, cinsiyet disforisine politik ve sosyal açılardan bakmak yerine, klinik ve bilimsel durumlar açısından odaklanmaktadır.

Cinsiyet disfori tanısı hem çocuklara hem de ergen ve yetişkinlere konulabilir. Aslında cinsiyet disforisi olan çoğu kişi, anatomik cinsiyeti ile ilgili rahatsızlığının çocukluğundan itibaren başladığını belirtmiştir. *DSM-5* (APA,2013), cinsiyet disforisini, kişinin biyolojik cinsiyeti ve hissettiği cinsiyeti dışarı vurması ile ilgili öznel deneyimler arasındaki uyumsuzluk olarak tanımlamaktadır. Bu tanıyı almak için problemin en az 6 ay devam etmesi gerekmektedir. Diğer bir tanı kriteri ise, diğer cinsiyetin özelliklerine sahip olmak için yoğun bir istek duyma, diğer cinsiyette olma ve diğer cinsiyetteymiş gibi davranılmasını istemektir.

Kişinin anatomik cinsiyetinden rahatsızlık duyması ve kendi genital organlarından kurtulmak istemesi bu tanının temelini oluşturduğu için, transseksüel kişilerin dışında da cinsiyet değiştirme ameliyatı yaptırmak isteyen kişilerin olduğunu bilmek önemlidir. Cezalandırılması gerektiğine inanan ve kendini etiketleyen eşcinseller, şizoid ve psikotik kişiler, fiziksel ağrı yaşamak ve yaşatmaya cinsel istek duyan sadomazoşist kişiler de cinsiyet değiştirme ameliyatı arayışındadırlar (Sohn ve Bosinski, 2007).

Cinsiyet kimliğinden rahatsızlık duyma, iki durumdan ayrıştırılmalıdır. İlki, cinsiyet disforisi olanların sanrılarının olduğunu söylemek yanlış olur. Bazı transseksüeller, psikotik olabilir ama transseksüellerin büyük çoğunluğu psikotik değildir. Anatomileri ve cinsiyet kimlikleri arasında uyuşmazlık olduğunun farkındadırlar. Örneğin, sanrıları olan bir adam, kadın olduğunu iddia edebilir ama cinsiyet disforisi olan bir erkek, "Anatomik olarak kadın değilim ama birçok yönden kadınım." diyebilir. Sanrıları olan hastaların aksine, cinsiyet disforisi olan kişilerin inançları kendine özgüdür. Diğer insanları doğru oldukları konusunda sıklıkla ikna edebilirler. Örneğin; Chris'in vakasında, Jennifer ve Lynn, Chris'in kadın değil, erkek olduğuna inanmışlardır.

Transseksüelizm ile ilgili kesin epidemiyolojik verilerin elde edilmesi zordur. Bu durumla ilgili yaygınlık tahmini, genel popülasyon ile yapılan anket çalışması yerine hastanede tedaviye başvuran kişiler üzerinden yapılmaktadır. Transseksüelizmin görece yaygın olmayan bir problem olduğu bilinmektedir ve erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olabilir. İlk çalışmalar, erkeklerde kadınlardan 3 kat daha fazla olduğunu rapor etmesine karşın, kadın oranı artmış olabilir. Belçika'da, cinsiyet değiştirmek için başvuran kişiler üzerinde araştırma yapılmıştır. Araştırmacılar, başvuran 12.900 erkekten 1 kişinin; başvuran 33.800 kadından 1 kişinin transseksüel olduğunu belirtilmiştir (De Cuypere ve ark., 2007). Diğer çalışmalardan elde edilen verilerin önerdiği şekilde tanı kriterleri daraltıldığında, yeni vakalarda kadın erkek oranı eşit olabilmektedir (Zucker ve Lawrence, 2009).

Kadın ve erkek transsekssüeller arasında psikolojik açılardan fark vardır. Örneğin; kadın transseksüeller ebeveynleri ile daha iyi ilişkileri olduğunu, cinsel partnerleri ile daha düzenli ilişkileri olduğunu ve tedavi öncesine göre cinsel yaşantılarından daha fazla keyif aldıklarını belirtmişlerdir (ör., Lewins, 2002).

Erkek transseksüellerin birçoğunun yarısı, tedavi arayışındadır ve başka psikolojik problemler yaşamaktadır. Depresyon, kaygı ve sosyal yabancılaşma en yaygın olarak görülen sorunlardır (Bower, 2001; Campo, Nijman, Merckelbach ve Evers, 2003). Bazılarının ise kişilik problemleri ciddi düzeydedir, ancak çok az kişinin psikotik olduğu düşünülmektedir. Kadın transseksüellerde gözlenen psikopatolojilerin düzeyi, genel popülasyondaki kadınlardan farklı değildir. Chris de diğer kadın transseksüeller gibidir. Cinsiyet kimliğinin ötesinde, ruh hâli iyidir ve işinde ve sosyal yaşantısında da iyi durumdadır.

Transseksüalizm ve homoseksüellik arasındaki ilişki konusunda da, bir tartışma söz konusudur (Chivers ve Bailey, 2000). Bazı kişiler, transseksüellerin temelde karşı cinsiyet kimliğini kullanan homoseksüeller olduğunu iddia etmektedir. Kendi cinsiyetinin bir üyesi olarak cinsel davranışlarda bulunmak için kültürel ve ahlaki değerlerden kaçmanın en uygun yolu olarak transseksüelliği seçtikleri iddia edilmektedir. Bu hipotezle ilgili birçok problem vardır. Bunların biri, transseksüellerden farklı olarak, homoseksüel kadın ve erkeklerin kendi cinsiyet kimliklerinden rahatsız olmamasıdır. Örneğin; lezbiyenler kadın olarak statülerinden memnun olmaktadır ve erkek olmayı isteme fikri onları dehşete düşürmektedir. İkinci bir problem ise, Chris gibi bazı transseksüellerin homoseksüel olmaktan rahatsızlık duymalarıdır. Bazı transseksüellerin homoseksüel yatkınlıklarını inkâr etmeleri, homoseksüel kadın veya erkeklerle birlikte olmaktan ve herhangi bir cinsel kontaktan kaçınmalarının gözlenmesi ile sağlanabilir. Fakat Chris'in bazı kadın ve erkek homoseksüel arkadaşları vardır. Chris'in daha önceki sevgilisi Lynn biseksüeldir ve tanışmalarından önce diğer kadınlarla da yaşamaktaydı.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Bazı insanların neden cinsiyet disforisi olduğu hâlen açık değildir. Herhangi birinin kadınsı veya erkeksi cinsiyet kimliği geliştirme süreci dikkat ve tartışma konusudur (Gangestad, Bailey ve Martin, 2000; Herman-Jeglinska, Grabowska ve Dulko, 2002). İnsan davranışının diğer alanlarında doğa-çevre tartışması alternatif açıklamalar bulmak için yapılmaktadır. Cinsiyet kimliği bebek doğmadan önce genetik olarak belirlenmekte midir veya büyük ölçüde biyolojik ve kişinin çevresindeki sosyal faktörler tarafından mı belirlenmektedir? Cinsiyet disforisinin gelişimi ile ilgili açıklamalar, bu fikrin iki yönüyle de ilgilidir.

Bazı araştırmacılar ve klinisyenler, bozukluk gelişiminde aile ve ebeveynlerin önemini vurgulamaktadır. Green (1987), erkeklerde kadınsı davranışların gelişmesi ile ilgili çok yönlü bir model sunmuştur. Green'in görüşleri, model alma ve sos-

yal pekiştireçler gibi öğrenme prensiplerine vurgu yapmaktadır. Green'e göre, karşı cinsten ebeveyn baskın olduğunda ve çocuğun sosyal davranışları için daha belirgin model olduğu zaman cinsiyet disforisi olma olasılığı artmaktadır. Aynı cinsiyetten ebeveyn uzakta olduğunda veya olmadığında olmaktadır. Çocuk karşı cinsiyetin davranışlarını taklit etmeye başladığında, ebeveyn de karşı çıkma yerine över. Akran ilişkileri de bu modelde önemli bir rol oynamaktadır. Kadınsı erkekler kızlarla vakit geçirmeyi sevip tercih ederken; erkeksi kadınlar da erkeklerle daha çok vakit geçirir. Ebeveyn ve akran desteğinin birleşimi karşı cinsiyetle özdeşleşme süreçlerini arttırır. Sonuç olarak bu sosyalleşme süreçleri, çocuğun kendi cinsiyeti ile ilgili örüntülere entegre olmasını ve bu örüntülerin değişmesini zorlaştırır.

Chris'in vakasında, erkeksi oyunlar oynadığı zaman Chris babası tarafından ödüllendirilmişti. Chris vaktinin çoğunu, erkeklerle rekabet içeren oyunları oynayarak geçirmişti. Ayrıca babası ağlama gibi duygularını açığa vurması konusunda cesaretini kırmıştı. Fakat, sosyal pekiştireçlerin Chris'in cinsiyet disforisinden sorumlu olduğunu söylemek güçtü. Çünkü özellikle, böyle davranılan diğer kızlar cinsiyet kimliği ile ilgili problem yaşamamaktadır.

Cinsiyet disforisi geliştirmede çevresel olayların etkisi ile ilgili görece az çalışma bulunmaktadır. Cinsiyet disforisi olan kişiler ve ebeveynlerinin davranışlarının incelendiği birkaç çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla, erkekten kadın olan transseksüellerin, babalarını daha ilgisiz ve reddedici olarak hatırladıkları bulunmuştur (Cohen-Kettenis ve Arrindell, 1990). Fakat bu verilerin, bu kişilerin cinsiyet disforisi olduktan ve tedavi arayışı için geldiklerinden sonra toplandığını bilmek önemlidir. Bu kişilerin ebeveynleri ile etkileşim tarzının, cinsel kimlik problemlerinin gelişiminde önceden bir etkisinin mi olduğu veya probleme katkı mı sağladığı açık değildir. İleriye dönük yapılmış çalışmalarda, bu durumla ilgili veriye rastlanmamıştır. Tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri ile yapılmış çalışmalarda, cinsiyet disforisi geliştirmede genetik faktörlerin çevresel faktörlere göre daha fazla etkisinin olduğu bulunmuştur (Coolidge, Thede ve Young, 2002).

Cinsiyet disforisinin etiyolojisinde, çevresel ve biyolojik faktörlerin etkisine bakılan vaka çalışmaları daha tartışmalıdır. Örneğin; Segal (2006), birbiri ile uyumlu olmayan iki çift tek yumurta ikizi olduğunu rapor etmiştir. Bu ikiz çiftlerdeki cinsiyet kimliklerindeki farklılığın erken yaşta olduğunu belirtmiştir. Alışılmadık yaşam olaylarının, bu süreçte nedensel bir rolünün olmadığı görülmektedir. Genetik olarak aynı olan ama farklı durumda olan ikizlerin durumu, genetik faktörlerin de bu durumu tamamen açıklamadığını göstermektedir. Tek yumurta ikizlerindeki bu durum şaşırtıcı değildir çünkü tek yumurta ikizlerindeki genetik uyum, herhangi bir ruhsal bozukluğun yüzde 100'ünü açıklamamaktadır.

Biyolojik bakış açısı olan araştırmacılar (ör., Diamond, 2009; Hines, 2004), cinsiyet kimliğinin çok erken, embriyo gelişme süresince, erkek hormonlarına maruz kalındığında şekillendiğini belirtmektedir. Bu olasılık, Chris'in erkeksi cinsiyet kimliğinin temel biyolojik süreçlerden kaynaklandığını önermektedir. Nörolojik bakış açısından bakıldığında ve dışsal cinsiyet özellikleri dikkate alınmadığında, Chris'in beyninin erkeksi olduğu fikri söylenmektedir. Ne yazık ki, beyin yapısı ve işlevleri açısından kadın ve erkek beyni arasında anlamlı bir fark olduğuna inanmak için mantıklı nedenler olsa da, bireysel açıdan bunu kıyaslamak için geçerli testler yoktur. Bu yüzden, henüz çözülmemiş bir durumdur.

Tedavi

Cinsiyet disforisi ile ilgili iki çeşit çözüm yolu vardır: kişinin anatomisine göre cinsiyet kimliğini değiştirmek veya kişinin cinsiyet kimliğine göre anatomisini değiştirmek. Transseksüel kişilerin cinsiyet kimliğini değiştirmesi ile ilgilenen birçok psikoterapi şekli vardır, ancak bu müdahalelerin başarılı olup olmadığı belirsizdir. Kişinin cinsiyet kimliğini değiştirmeye alternatif olarak, bazı doktorlar kişinin cinsiyet kimliğine uygun olarak ameliyatla kişinin vücudunu değiştirmenin mümkün olduğunu belirtmektedir. Ameliyat prosedürleri hem kadın hem erkek genital organını değiştirmek ve yeniden yapmak için kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları ilk olarak, travmatik kayıplar veya doğuştan olan anormallikleri tedavi etmek için geliştirilmiştir. Yapay penis, karın dokularından yapılmaktadır ve şekil verilip, nakledilmektedir. Bu ameliyat, kozmetik amaçlı olabilir (ör., penise benzeyen organ yapılması) ve fizyolojik kriterleri (ör., ayakta çiş yapmak, cinsel birleşmede bulunmak ve uyarılmayı hissetmek) karşılayabilir. Cinsel uyarılma karşısında erekte olmayı sağlayacak ve tamamen penis işlevinde bir penis yapmak mümkün olmasa da kemik, kıkırdak ve silikondan yapılmış takıp sökülebilir implantlarla ereksiyon olunması sağlanabilir. Kadından erkeğe transseksüellerde, vajinanın labyaları birleştirilir fakat cinsel uyarılmada temel reseptörlerin kalması için klitoris bırakılır. Testis torbasındaki testise benzeyen protezler yerleştirilir.

Transseksüeller için ameliyat prosedürleri epeyce karmaşıktır ve genital bölgelere ek olarak diğer alanları da içermektedir. Erkekten kadına transseksüel ameliyatlarında, göğüslerin büyütülmesi ve larenksin (larnyx) kesilmesi gibi prosedürleri de içermektedir. Kadından erkeğe transseksüel ameliyatlar; yumurtalıkların, fallop tüplerinin, rahmin ve göğüs dokularının çıkarılması adımlarını içermektedir.

Bu prosedürlerin başarısı ile ilgili klinik izlenimler olumludur. Vaka çalışmaları, ameliyatlar sonucunda çoğu hastanın sonunda istenilen bedene ulaşıldıktan sonra memnun olduğunu göstermiştir. Çoğu kişi, karşı cinsin üyesi olarak hayatına uyumlu bir şekilde devam edebilmektedir. Çoğu kişi de cinsel işlevlerinin olduğunu ve ev-

lendiğini belirtmiştir (Smith, van Goozen, Kuiper ve Cohen-Kettenis, 2005). Çok az vakada, neredeyse hiç kimse ameliyat sonrasında cinsel organını kaybettiği için üzüldüğünü belirtmemiştir. Çoğu şikâyet, ileri süreçteki medikal ve ameliyat prosedürleri ile ilgilidir. Bu istekler erkekten kadına transseksüellerde, genital görünüm ve işlevlerinin gelişmesi ve göğüslerin büyütülmesi ve sakalların uzamasının durdurulması ile ilgilidir.

Bu sonuçlar umut verici görünse de, cinsiyet değiştirme ameliyatlarının sonuçlarının değerlendirildiği verilere göre, bazı sınırlılıklar vardır. Ameliyat sonrası uyum, iş ve sosyal işlevsellik gibi belirli ölçümler yerine, cerrahın hastanın uyumu ile ilgili genel ve öznel izlenimleri ile değerlendirilmektedir. Uygun kontrol grupları nadiren yapılmaktadır ve izlem periyodları çok kısadır. Bazı raporlar, ameliyat sonuçları ile ilgili daha karamsar bir tablo çizmektedir (Lindeman, Korlin ve Uddenberg, 1986; Meyer ve Reter, 1979).

Ameliyat ve psikoterapi, cinsel kimlik sorunları olan kişiler için tek seçenek değildir. Chris, kişisel ve profesyonel rollerine ameliyat olmadan da iyi uyum sağlamıştır. Ameliyatla değişim, daha iyi uyum sağlaması için çok gerekli görülmemiştir. Chris gibi cinsiyet disforisi olan çoğu kişi ameliyattan vazgeçmektedir ve hormon terapisinin yardımıyla, karşı cinsin kıyafetlerini giyerek ve tamamen karşı cinsiyetin bir üyesi gibi yaşamaktadır. Bu alternatif, yasalar ve popüler kültürün cinsiyet disforisi olan kişilere bazı noktalarda daha toleranslı olmasıyla daha mantıklı ve makul olmaya başlamıştır (Green, 1994; Michel, Ansseau, Legros, Pitchot ve Mormont, 2002). Cinsiyet disforisi için tedavi düşünen kişiler ve tedavilerine yardımcı olmayı düşünen ruh sağlığı uzmanları, bu sorunla ilgili uzmanların oluşturduğu komite tarafından yazılan standartların yer aldığı önerileri göz önünde bulundurmalıdır (Levine, 1999).

Tartışma Soruları

1. Bir kişinin kadın veya erkek olduğunu belirleyen en önemli nokta nedir? Bunlar genital özelliklerden farklı mıdır?
2. Jennifer, Chris'le olan ilişkilerinin doğasının heteroseksüel olduğunu inanmıştır. Bunun temelinde ne vardır?
3. Chris, cinsiyet değiştirme ameliyatına karşı çıkmıştır. Bu değişikliği yapmamanın potansiyel avantajları ve dezavantajları nelerdir? Siz aynı durumda olsaydınız, ne yapmayı düşünürdünüz?
4. Ailenizde cinsiyet disforisi olan biri olsaydı, nasıl tepki verirdiniz? Kız veya erkek kardeşinizin, size yanlış bedende hapsolduğunu söylediğini hayal edin. Ona nasıl tavsiyede bulunurdunuz?

BÖLÜM 18*

Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu

Nicole Helms oğlunun odasının kapısının önünde, ceza verdiği oğlunu odada tutmaya çalışmaktaydı ve gözyaşlarına direnmeye çalışıyordu. Başarısız olduğunu hissetmekteydi ve ne yapacağına dair bir fikri yoktu. 4 yaşındaki oğlunun öfke patlaması, onu çok korkutmuş ve kendisini çaresiz ve öfkeli hissetmişti. Kayın validesi Bayan Helms, yakında eve geleceği için, Nicole Mrs. Helms gelmeden oğlu Tyler'ı sakinleştirmek istiyordu. Oğlu bağırmayı, kapıyı tekmelemeyi ve kapının kulpunu çekmeyi bıraktığında; Nicole, Tyler'ın duracağını düşünerek derin bir nefes almış ve rahatlamıştır. Ancak daha sonra, yüksek bir çarpma sesi duyulmuş ve Tyler'ın güvenliğinden endişe duyduğu için kapıyı açıp içeri dalmıştır. Tyler'ın kitaplığa tırmandığını ve perdeleri indirdiğini görmek korkutucu olmuştur, oğlu tam o esnada kitaplığı devirmekteydi. Nicole ona bağırmış, kıçına vurmuş ve sonrasında ağlamıştır. Nicole çaresizce yerde otururken, Tyler salona kaçmış ve televizyonu açmıştır. Bu noktada, Nicole ya yardım alacak ya da Tyler'ın da sonu babası gibi olacaktı. Ertesi sabah, Tyler'ın pediatrisini aramış ve hemşiresi çocuk klinik psikoloğu Dr. Bell ile randevu ayarlamıştı.

2 hafta sonra, Nicole ve Bayan Helms Tyler'ı randevuya götürdüler. Dr. Bell, Tyler ile bekleme odasında tanıştı ve Tyler'ın ismini söyledi. Dizlerini kırarak Tyler'ın boy hizasına geldi, ona gülümsedi ve merhaba dedi. Kendisini Nicole ve Bayan Helms'e de tanıttı ve ellerini sıktı. Üçünü aynı anda ofisine aldı. Dr. Bell, annesi ve babaannesi ile Tyler'ın problemi, belirtileri ve aile öyküsünü konuşurken, Tyler'ı da odadaki oyuncaklarla oynaması için serbest bıraktı.

Daha küçükken, Tyler'ın davranışlarının diğer çocukların davranışları gibi olduğu belirttiler. Fakat geçen sene, ilk belirtileri ortaya çıkmaya ve davranışları diğer çocuklardan oldukça farklı olmaya başladı. Çok geveze ve öfkeli idi, annesine ve babaannesine kaba şeyler söylüyordu. Annesini şişman diye çağırıyor, babaannesinden nefret ettiğini söylüyordu. Annesi ve babaannesi onun çevresinde parmak ucunda dolaşmakta ve iyi modunda olmasını ummaktaydı çünkü kızgın olduğu zaman çevresindeki herkesi mutsuz etmekteydi.

*Çeviren: Klinik Psikolog Melikenaz Yalçın

Tyler'ın davranışları çoğunlukla kontrol edilememekteydi. Nicole hem Tyler'ın hem de eşinin ailesinin davranışlarını kontrol etmekte zorlanmaktaydı. Tokat atmayı, ikna etmeyi, rica etmeyi ve oyuncaklarını almayı denemişlerdi. Hatta öfkelenmediği zamanlarda şeker ve dondurma ile ödüllendirmeyi bile denemişlerdi. Tyler, istediğini alana kadar öfke nöbetleri geçirmekteydi. Annesi ve babaannesi bu öfke nöbetleri esnasında, Tyler'ın gerçekten duygularını kontrol edememesinden ziyade, istediğini almak için yönlendirici davrandığı izlenimine kapılmışlardı. Ağlayıp, çığlık atıyor, kendini yerlere atıp tekmeliyordu. Eğer bunlar işe yaramazsa, kahve masasındaki eşyaları devirip yerlere atıyordu. Eğer bir yetişkin onu durdurmaya çalışırsa, ona da vurup tekme atıyordu. Nicole yanlış davranışları için tokat attığı zaman, bağırarak canının acımadığını söylüyordu. Nicole de canı acıyana kadar daha sert vurmaya devam ediyor, Tyler'ı sıkıca tutuyor ve hatasını sonra affediyordu.

Tyler çoğu zaman yatağa gitmesi gereken zamanlarda gitmiyor ve çoğu gece televizyonun karşısında uyuyakalıyordu. Oyuncaklarını toplamıyor ve dişlerini fırçalamamak için kavga ediyordu. Annesi telefonda biriyle önemli bir konuda konuşsa bile, annesinin yanına gelip, dikkatini çekene kadar tekrar tekrar ve gürültülü bir şekilde diliyle tıkırtı sesi çıkarıyordu. İlk zamanlarda böyle davrandığında tatlı ve mutlu oluyordu ama artık mutlu şekilde davranmıyordu. Chuck E. Cheese gibi (Lunapark) eğlenceli bir yere götürseler bile, verilenden daha fazla jeton istiyor ve pizzasını hiç beğenmiyordu. Seçtiği bir standın önünde oturmak için ve yanında da birinin oturması için ısrar ediyordu. Kavga etmeye başladığı zaman ses tonu yükseliyor ve emrivaki konuşuyordu.

Nicole, Tyler'i ne zaman disipline etmeye çalışsa, bazı şeyler geri tepmişti. Bir keresinde evde öğle yemeği yerken, Tyler kurabiye istediğini söyledi. Nicole de yemeğini bitirdiğinde, bir tane vereceğini söyledi. Tyler ise karşı gelir bir tavırla bakarak, elindeki bir bardak sütü alıp yemeğine ve masaya döktü. Odasına kapatıldığında, annesi kapıyı açıp yumuşayana kadar oyuncaklarını her yere attı, yatağındaki bütün örtüleri çıkardı ve çekmeceden bütün kıyafetleri ortaya döktü. Nicole bu şekilde davranıp çok utandırdığı için, Tyler'ı kiliseye ve markete götürmeyi bırakmıştı. Nicole, Tyler seneye okula başlayacağı için olabileceklerden endişe ve korku duyuyordu.

Sosyal Geçmiş ve Aile Geçmişi

Tyler, Billy ve Nicole'ın tek çocuğudur. Nicole ve Billy, liseden mezun oldukları yaz evlenmişlerdir ve 6 ay sonra Tyler doğmuştur. Nicole sorunsuz bir hamilelik geçirmiş ve Tyler doğum esnasında herhangi bir sıkıntı olmadan dünyaya gelmiştir. Herhangi bir sorun olmadan, erken gelişimsel evreleri—yürüme, konuşma, emekleme— zamanında gerçekleşti. Emekleme çağında sıcak, konuşkan ve meraklı bir bebekti. İki yaşındayken ona kitap okunmasından hoşlanmaktaydı ve uzun süre annesini kitap okurken dinlerdi. Nicole ve Tyler, yakın ve samimi bir ilişki geliştirmişlerdi.

Nicole ev hanımı, Billy de kaynakçı olarak çalışmaktaydı. Billy'nin ailesi ile aynı şehirde ve kendi apartmanlarında yaşamaktaydılar. Nicole'un ailesi boşanmış ve babası başka bir bölgede yaşamaktaydı ve babasını 8 yaşından beri görmemiştir. Annesi ile de ilişkileri yakın değildi. Annesi, Nicole'ün Billy ile evlenmesi yüzünden ve Nicole'un annesinin erkek arkadaşlarını onaylamaması ve annesinin Tyler'ı büyütme şeklini eleştirmesinden dolayı sıklıkla kavga ediyorlardı. Nicole, annesi ile artık pek vakit geçirmiyordu. Billy'nin ailesi ile ilişkileri sıcaktı ve Nicole onlarla iyi anlaşıyordu. Bay Helms ve Billy işteyken, vaktinin çoğunu kayın validesi ile geçiriyordu ve Bayan Helms genellikle Tyler'a bakıyordu.

Nicole ve Billy'nin ilişkileri aşk dolu ve olumluydu. Fakat Billy'nin klinik olarak tanılı depresyonu vardı. Bu duygudurumu, babasının ailesinden genetik olarak geçmiştir ve daha çok ailedeki erkeklerde görülmekteydi. Billy'nin babası da zaman zaman depresyona giriyordu. Ne Billy ne de babası depresyon için tedavi görmediler. Billy'nin diğer aile üyeleri de, bu rahatsızlığı bütün erkek çocuklarının çekmesinden endişeleniyordu. Bayan Helms, Tyler küçük çocukken bile bu duygu geçişinin Tyler'da izleri olup olmadığını sürekli takip etti.

Billy ortaokuldayken esrar içmeye başladı. Lise döneminde ve evlendikten sonra da sürekli ve düzenli olarak kullandı. Lisedeyken Nicole de ara sıra Billy ile birlikte esrar içti, fakat evlendikten sonra esrar kullanmayı bıraktı. Birlikte alkol alsalar da, Billy her zaman daha fazla alkol tüketiyordu. Nicole hamile kaldıktan sonra, Billy'nin esrar kullanmasından hoşlanmadığını ve eve esrar getirmemesi konusunda ona baskı yaptı. Billy bu kurala çoğunlukla uydu. Ara sıra arkadaşları ile dışarı çıktıklarında içmeye ve kafa bulmaya devam etti ama evlerine bir daha hiç getirmedi. Billy ilgili bir babaydı ve Tyler ile ilişkileri sıcaktı, Tyler onun gurur ve eğlence kaynağıydı. Birlikte güreşme oyunu ve video oyunu oynamaktan keyif alıyorlardı. Billy, Tyler'a kontrol gücü veriyor ve oynayabildiğini düşünüyordu. Tyler babasına hayran görünüyordu, onu takip ediyor ve taklit ediyordu.

Tyler 3 yaşına geldiğinde, Billy depresyona girmeye ve ailesi ile daha az zaman geçirmeye başladı. Arkadaşları ile ya da yalnız vakit geçirmeye başladı. Bütün vaktini tekrar esrar içerek geçiriyordu. Bu davranışlarından iki hafta sonra ortadan kayboldu. Nicole ve Tyler büyük bir alışveriş merkezindeyken, Billy bütün kıyafetlerini, video oyunlarını ve kamyoneti alıp gitti. Herhangi bir açıklama notu yazmamıştı, hoşça kal dememiş ve arkadaşlarına, ailesine ve iş arkadaşına hiçbir şey demeden çekip gitmişti. Nicole ve ailesi, gittiğinden beri ondan haber alamamıştı. İlk birkaç hafta, Nicole döneceğinden emindi. Biriktirdikleri para bitince, Tyler ve Nicole Billy'nin ailesinin yanına taşındı ve evlerini sattılar. Bay ve Bayan Helms Nicole'e çok kibar davrandılar ve oğullarının ailesini terk etmesinden dolayı utanç duydular; bu nedenle Tyler ve Nicole'e bakmaya karar verdiler.

Bayan Helms, Billy'nin Tyler'ı terk etmesinden dolayı Tyler'ın da depresyona girmesinden gizlice korkuyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Dr. Bell arka plan bilgileri toplarken, bir yandan da Tyler'ın davranışlarını izleyordu. Tyler, oyuncaklarla sessizce oynadı ve ilk başta utangaç gibi görünüyordu. Konuşmaya katılmasa da söylenenlerin hepsini dikkatlice dinlemişti. Dr. Bell annesi ile özel konuşmak ve detaylı bilgi almak istediği için, babaannesi ile birlikte sessizce bekleme odasına gittiler. Fakat, seans devam ederken ara sıra oyuncakları bırakıp annesinin yanına geldi, annesi konuşurken annesini rahatsız ettti, saçlarına dokundu ve gülerek ve çoğu zaman utandırıcı şekilde dediklerini inkâr etti. Babaannesi Nicole'ü destekleyici şekilde onayladığı zaman, Tyler oyuncaklarla oynamaya geri döndü. Doğrudan en sevdiği yemek veya televizyon programının ne olduğu sorulduğunda, hazır bir şekilde cevap verdi. Oyunları yaşına uygundu ve dikkatini sürdürme konusunda herhangi bir problemi yoktu. Aslında, konuşmaları takip etme konusunda, dört yaşındaki yaşıtlarına göre daha olgundu. İlk seansta Tyler ve annesi arasında etkileşim sıcak ve şefkatli görünmekteydi. Ayrıca, Bayan Helms de Nicole'ü destekleyici görünmekteydi. Fakat gitme zamanı geldiğinde, problem daha görünür hâle gelmişti. Tyler uygunsuz şekilde davranmaya başladı. Oyuncaklardan birini evine götürmek istedi. Annesi ve babaannesi davranışlarına sınır koymaya çalıştıkça, Tyler daha çok karşı çıktı ve oyuncağı fırlatıp ayağının altında ezdi.

Dr. Bell, Nicole'ün Tyler'ı daha başarılı bir şekilde disipline etme yollarını ve davranışlarını, uygun ve etkili sınırlar koyabilmeyi öğrenebilmesi için gelecek seansa Nicole ve Tyler'ın yalnız gelmesini önerdi. Tyler'ın davranış probleminin babasının kaybıyla zor duygular şeklinde ortaya çıktığı görülüyordu. Bu duygular Nicole'ün eşinin kaybından sonra kendine güveninin düşmesi ile birleşince; Tyler'ı disipline etmede tutarsız ve belirsiz davranmasına neden olmuştu. Ayrıca, Nicole eşinin yardımı olmadığı için, tek ebeveyn olarak bu disiplini sürdürmede de daha fazla zorluk yaşamaya başladı. Aile sistemi perspektifinden bakıldığında, Bayan Helms ile ilişkilerinde ise Nicole çocuk rolündedir ve Bayan Helms bunu açık bir şekilde yapmasa da, bu çocuk rolü Nicole'ün otoritesini zayıflatmıştı. Son olarak, Tyler'ın hayatında geri kalan üç ebeveyn de, Tyler'ı ciddi şekilde disipline etmelerinin depresyona girmesine neden olacağından korkuyordu. Müdahale ilk olarak, Nicole'ün Tyler'ın davranışları ile nasıl başa çıkacağını öğrenmesini gerektiyordu. Daha sonra, aile sistemi içinde statüsünü yükseltip, açık bir şekilde otorite figürü olmasını ve Tyler'ın aslında sevgi kadar disipline de ihtiyacı olduğunu herkesin kabul etmesini sağlamayı içermekteydi. En sonunda ise, bireysel oyun terapisi ile babasının gidişi ile ilgili Tyler'ın kayıp hisleriyle ilgilenmeyi içermekteydi.

Ara Verme Yöntemi

Gelecek seansta, Nicole ve Tyler seansa birlikte girmiştir. Aynı şekilde, Dr. Bell annesi ile konuşurken, odanın içinde Tyler'a oyuncaklarla oynaması için izin vermişti. Dr. Bell, Nicole'e, çocuğunun davranışları hakkında açık ve gerçekçi beklentileri olmasının önemi ve tahmin edilebilir, tutarlı ve etkili disiplin hakkında eğitim verdi. Bunları Tyler da aynı anda dikkatli bir şekilde dinledi. Kısa bir süre sonra Tyler sohbeti böldü. Nicole sakin bir şekilde konuşması bitene kadar beklemesini söyledi. Tyler bu sefer dürtüklemeye başladı ve kasıtlı bir şekilde Dr. Bell'in görüş hizasına girmeye çalıştı. Nicole, Tyler'ın bu davranışının uygun olup olmadığını sorar gibi çaresizce Dr. Bell'e baktı. Nicole, Tyler'a davranışlarının uygun olmadığını söyledikten sonra, Dr. Bell Nicole'ün Tyler'dan ne beklediğini söylemesi ve mesajını sakin, açık ve doğrudan Tyler'a vermesi için Nicole'ü cesaretlendirdi. Nicole bunu söyledikten sonra, Tyler annesinin koluna vurdu. Tekrar Dr. Bell, Nicole'ü uygun sınırları koruması için destekledi. Psikoloğun da desteği ile Nicole, Tyler'a uygun davranmaya hazır olana kadar "ara verme" koltuğuna oturmasını söyledi. Tekrar, uygunsuz davranışından önce oturması için kibar bir şekilde yol gösterdi. Daha sonra, eğer sandalyeye Tyler kendisi oturmazsa, uygun şekilde davranana kadar kendisini sandalyede tutacağını söylemesi için Dr. Bell, Nicole'e yardım etti. Nicole ara verme sandalyesinde Tyler'ı tutarken, Tyler annesine kızgın bir şekilde tekme attı. Dr. Bell tekrar Nicole'ü, Tyler'ın davranışlarına sınır koymasında çaba göstermesi için destekledi. Nicole, Tyler'a, ailelerinin temel kuralının kimsenin kimseyi incitmemesi olduğunu söyledi; kimseyi incitmemesi için bu şekilde tuttuğunu açıkladı. Dr. Bell, Nicole'e Tyler'ı tutarken şiddet göstermeden ve canını yakmadan kontrol etmesini öğretti.

Tyler, Dr. Bell'in beklediği gibi tepki gösterdi ancak bu tepkisi Nicole için çok daha üzücü oldu. Önce meydan okurcasına kahkaha attı, annesi merhamet göstermeyince, alaycı tutumu endişeye dönüştü. Annesinin sıkı tutması arttıkça, Tyler'ın da fiziksel meydan okuması arttı. Annesi ile savaştı ve elini bükmeye çalıştı. Ağladı ve hıçkırdı, kendisini serbest bırakması için ikna etmeye çalıştı. Dr. Bell, her bir aşamada bu zorlu adımlar için Nicole'ü cesaretlendirdi. Sakin, sessiz ve uygun davrandığında, serbest kalacağını ve diğer insanlara zarar vermesine izin vermeyeceğini söylemesini Nicole'e hatırlattı. Tyler mücadele etmeye devam etti; çığlık attı ve ağladı; susadığını ve tuvalete gitmesi gerektiğini söyledi. Annesine tükürmeye çalıştı. Annesi gözyaşlarını tutamamasına karşın, sakin ve uygun davranırsa gidebileceğini sakin bir şekilde hatırlattı. Yaklaşık 50 dakikalık mücadeleden sonra, sonunda Tyler sakinleşti ve mücadeleden vazgeçti. Nicole serbest bırakmadan önce, uygun davranmaya hazır olduğu ile ilgili yaptıkları anlaşmayı Tyler'ın kafa sallaması ile tekrar kontrol etti. Nicole serbest bıraktıktan sonra, Tyler annesinin kucağına kıvrıldı ve bitkin bir şekilde de olsa, uygun davranmaya başladı.

Bu noktada, Dr. Bell, Tyler'ı bu güzel davranışları için takdir etti ve Nicole'ü de, bu zor durumla yüzleştiği ve oğlunun iyi olması için gösterdiği kararlılık için övdü. Tyler evde de yıkıcı davrandığı, kurallara uymadığı, tartışmacı olduğu zamanlarda da aynı yöntemi tekrar kullanması; ara verme yöntemine en az kısıtlayıcı durumdan

başlayıp (sandalyede sadece Tyler'ın kendisinin oturması) gerekli olduğu durumlarda fiziksel kısıtlamayı kullanması konusunda cesaretlendi. Ara verme yönteminden kaçınmaması fakat her durum için de fırsat olarak görüp kullanmaması için uyardı. Birkaç gün sonraki randevu için sözleştiler.

Bir sonraki seansta Nicole heyecanlı ve mutlu; Tyler da sessiz ve usluydu. Son seansta ise, Tyler yorgundu ve uyumsuz davranmadı. Annesi uyumaya gitmesini söylediğinde gitti. Fakat ertesi gün, annesi 30 dakika ara verme yönteminde tutmak zorunda kalmıştı. İkinci kez kullandığında, ara verme durumunda 20 dakika tutmak zorunda kaldı. Daha sonraları, Tyler uygun bir şekilde davranmadığında, sandalyeye kendisi oturdu ve Nicole de sadece onu izledi. Daha sonraki seanslar, ara verme yöntemini güçlendirmeyi ve bu yöntemi nasıl kullanması gerektiğini anlamasına yardımcı olmayı içeriyordu. Dr. Bell, Tyler uygun davrandığında ve uygun davranmasını istediği zaman Tyler'ı överek olumlu pekiştirmeyi kullanmayı Nicole'e öğretti.

Aile Seansları

Gelecek seanslarda Bayan Helms de, Nicole ve Tyler ile birlikte seanslara katıldı. Bay Helms de davet edildi ama iş programı yüzünden katılamadı. Bu seanslar boyunca Nicole ve Bayan Helms arasındaki ittifak güçlendi ve Nicole'ün de Bayan Helms kadar ebeveyn olduğunun sınırları Tyler ile birlikte çizildi. Bu seanslar süresince, Dr. Bell, Tyler'in yaşına uygun ve makul davranış beklentileri konusunda ebeveyn baş etme stratejilerini Nicole ve Bayan Helms'e öğretti. Bu süre boyunca, Tyler'ın davranışları dönüşüm geçirdi. Tyler'ın kazançları konusunda ve ara verme yöntemini başarılı bir şekilde tutarlı olarak kullandıkları için, Nicole ve Bayan Helms mutlu olmuşlardı. Bu seanslarda, Billy'nin kaybı ve olmaması durumunun da üzerinde duruldu. Mrs. Helms eşinin ve oğlunun "depresif genlerinin" Tyler'a geçeceğinden duyduğu korkuyu ifade etti ve Dr. Bell bu konuda Bayan Helms'i rahatlattı.

Bireysel Oyun Terapisi

Ebeveyn baş etme eğitimi amaçlarına ulaşıldıktan sonra, Dr. Bell Tyler'le birlikte bireysel oyun terapisine başladı. Oyun terapisi, okul öncesi dönemdeki çocuklarda kullanılmaktadır. Bu yaştaki çocuklar, duygularını açık bir şekilde ifade etmede zorluk yaşadıkları için çocukların duyguları ile çalışmak ve yeni beceriler kazandırmak amacıyla genellikle sembolik oyunlar kullanılmaktadır. Başlangıçta, Tyler oyun odasına girdiği zaman oyun oynama konusunda direnmiş, soğuk ve öfkeli davranmıştı. Dr. Bell, evin kurallarını değiştirmesinde annesine yardım ettiği için Tyler'ın ona kızgın olabileceğini ve bunu anladığını Tyler'a söyledi. İlk seans boyunca, renkli blokları kullanarak kendisi ve Dr. Bell'in yürümesi için yaya yolu yaptılar. Dr. Bell, Tyler'ın her hareketini izledi ve kabul etti. Birkaç seans sonra, Tyler bu sembolik oyunlara alıştı ve daha istekli ve hazır bir şekilde katılmaya başladı. Dr. Bell, Tyler'ın oyunun temasında yansıtılan duygularla ilgili olarak yorum yapmak için uygun zamanı bek-

ledi. Örneğin, Tyler'ın oyunlarındaki baba figürü sürekli oyuncak uçağa binip, çocuğundan uzaklara uçmaktaydı. Dr. Bell, bir çocuğun babası uzağa gittiğinde ne kadar üzgün olduğu ve onu ne kadar özlemiş olabileceği ile ilgili Tyler'a empati cümleleri kurdu. Ayrıca çocuğun, babasının ayrılmasına ne kadar öfkelenebileceğinden bahsetti. Tyler bu yorumları kafasını sallayarak onayladı. Dr. Bell, Tyler'ın da babasını özlemiş olabileceğini söyledi. Başta, Tyler bu tarz yorumlara doğrudan tepki vermese de birkaç seanstan sonra, yeni temalı oyunlarda tepki vermeye başladı. Posta kutusu ile oynamayı seçti, bir kâğıda bir şeyler karaladı ve posta kutusuna koydu. Bu mesajı babasına yolladığını söyledi. Dr. Bell, bu eylemin arkasındaki duygulara tekrar odaklandı. Dr. Bell, Tyler'a, babasına mektup yazmayı ve ondan mektup almayı ne kadar istediğini ve bu mümkün olmadığı için ne kadar üzgün olduğunu ifade etti. Bu tema bu oyundan işlendikten sonra, tamamen Tyler'ın duygularının üzerinde çalışıldı. Dr. Bell ve Nicole terapiyi sonlandırma kararı aldı. Son seansta, Nicole etkili disiplin sağlama becerisi konusunda kendini daha güvenli hissetmeye başladı. Tyler ile olan ilişkileri daha olumlu oldu ve Tyler'ın davranışları da olumlu yönde değişti.

Tartışma

DSM-5'e (APA, 2013) göre, Tyler karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KGB) tanı kriterlerini karşılamaktadır. KGB; yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozukluklarından biridir. Negativistik, düşmanca ve karşıt gelme davranışları ile tanımlanmaktadır. Tartışmacı, sinirli ve kinci olma gibi özellikleri içermektedir ve çocuğun günlük hayatını olumsuz etkilemektedir. Tanı kriterlerinin karşılanması için gelişimsel normlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer bir deyişle, klinisyen bu çocuğun davranışlarını aynı yaşta ve aynı gelişimsel düzeydeki diğer çocukların tipik davranışları ile karşılaştırmalıdır. Tanı koyulacak çocuğun davranışları çok daha ciddi ve daha yoğun olmalıdır.

Yıkıcı davranışlar, çocuklar için psikolojik tedavi arayışına sebep olan en yaygın bozukluklardan biridir (Nock, Kazdin, Hiripi ve Kessler, 2007) ve birçoğu KGB tanısı almaktadır. Bu bozukluk tipik olarak sekiz yaşından önce ve neredeyse tamamen erken ergenlikte ortaya çıkmaktadır. Öncesinde olan davranış bozuklukları, okul öncesi dönemlerde açık bir şekilde görülmektedir. Bağımsızlık duygusunun gelişmeye başlamasıyla alakalı olarak olumsuz olma ("2 yaş sendromu" boyunca, ebeveynler çocuklarının en sevdikleri kelimenin "hayır" olduğunu belirtmektedir) okul öncesi dönemin belirgin bir özelliği olduğu için, okul öncesi çocuklarda tanı konmadan önce, bu belirtilerin çok ciddi olması önemlidir. İki yaşındaki çocukların çoğu agresyon ve öfke patlamaları yaşamaktadır, fakat bu öfke patlamaları normaldir. Eğer bu öfke patlamaları; diğer çocuklara yönelikse ve bir patolojinin göstergesiyse, yetişkinlere yönelikse ve normal süresi olan birkaç dakikadan daha uzun sürüyorsa, sürekli ve yıkıcıysa, çocuklardaki davranış bozukluklarının bir göstergesidir (Wakschlag ve ark., 2007). Agresyon tipinin ne olduğunu, ayrıca düşünmek önemlidir. Reaktif agresyon, engellenmeye karşı verilen tepkidir ve okul

öncesi çocuklarda yaygındır. Proaktif agresyon ise, herhangi bir engellenme veya kışkırtılma olmadan, diğer insanlara zarar vermedir. Oldukça nadir görülür ve klinik olarak önemli bir durumun göstergesidir (Wakschlag, Tolan ve Leventhal, 2010). Tehlikeyi değerlendirme ve çocuğun davranışlarını patolojik olarak görme arasında bir denge kurulmalıdır çünkü davranışlar geçici olabilir veya durum ciddileşmeden müdahale etme ihtimali gözden kaçırılabilir (Banaschewski, 2010). Tyler'ın davranışları; diğer okul öncesi dönemdeki çocukların davranışları ile benzer değildir, agresyonu büyüklere yöneliktir ve kahve masasındaki şeyleri fırlatmak şeklindeki öfke patlamaları da yıkıcıdır.

1980'lerde KGB resmî bir hastalık olarak sınıflandırıldığında, diğer çocukluk çağı bozuklukları kadar araştırma yoktu. Bir örneklemdeki erkeklerin yaklaşık yüzde 2'si, kızların ise yüzde 1,5'i KGB tanı kriterlerini karşılamaktadır (Rowe, Maughan, Pickles, Costello ve Angold, 2002). Diğer çalışmalar, yaygınlık oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ulusal örneklemde yapılmış büyük bir çalışmada, yetişkinler geçmişlerindeki psikolojik bozuklukları belirtmişlerdir ve bu örneklemdeki KGB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının yüzde 10 olduğu görülmüştür (Nock ve ark., 2007). Okul öncesi dönemdeki 4 yaşında çocuklarla yapılan geniş katılımlı bir çalışmada, çocukların yüzde 8,3'ünde orta düzeyden ciddi düzeye kadar KGB olduğu bulunmuştur (Lavigne, LeBailly,Hopkins, Gouze ve Binns, 2009). Düşük gelir düzeyli ailede yaşayan çocuklarda ise, bu bozukluk daha sık görülmektedir (Steiner ve Remsing, 2007).

KGB'nin gidişatı ise karışıktır. 3 yaşındayken annesi ve öğretmeni tarafından yıkıcı davranışlarının fazla olduğu belirtilen çocuklar, ergenlikte de bu davranış problemlerini sürdürmektedir (Pierce, Ewing ve Campbell, 1999). Tek bir bağlamda problem yaşayan çocukların yıkıcı davranışları azalabilir. KGB'si yoğun olan çocukların bazıları, davranış bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaya başlamaktadır; bu çocukların karşıt gelme ve karşıt olma düzeylerinde azalma olmamaktadır. Fakat daha ciddi yasa ihlalleri ve suç işleme davranışları da eklenmektedir (Maughan, Rowe, Messer, Goodman ve Meltzer, 2004). Davranım bozukluğu geliştirmeyi belirleyen en önemli belirtiler; diğer insanlara karşı kindar ve kırıcı olmaktır (Kolko ve Pardini, 2010). KGB'si olan çoğu kişi davranım bozukluğu geliştirmesine karşın, çoğu çocuk da davranım bozukluğu geliştirmemektedir.

Klinik örneklemde, erkekler kızlara göre daha çok tedavi görmektedir. Normal örneklemde ise, erkekler kızlara göre biraz daha fazla tanı kriterlerini karşılamaktadır (Maughan ve ark., 2004). Büyük çaplı ev araştırmalarında, ebeveynlerin bildirimlerine göre, kadınlar ve erkekler arasında fark yoktur (Lahey ve ark., 2000). Kız çocukları ile yapılan daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Tyler henüz okula başlamadığı ve tedavi almadığı için, belirtileri anaokulu öğretmeni için belirgin olacaktır.

Bölüm 2'de belirtildiği gibi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) belirtileri ve KGB belirtilerinin eş tanısı çok yüksektir; KGB'si olduğu belirtilen her üç kişiden birinin DEHB öyküsü olduğu da belirtilmektedir (Nock ve ark., 2007). Ayrıca, KGB'nin depresyon ve anksiyete ile eş tanısı yüksektir. Tyler dürtüsellik, hiperaktivite veya dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir problem yaşamamış olsa

da, eğer tedavi edilmezse, bozukluğu ileri dönemdeki davranım bozukluğu, kaygı ve depresyon için risk oluşturmaktadır. KGB, ayrıca duygu patlamaları ve öfke duygusu ile devam eden yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğundan ayrıştırılmalıdır. Ancak, yıkıcı duygudurumunu düzenleyememe bozukluğu tanısı 6 yaşından önce konulmamaktadır.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Çoğu araştırmacıya göre, KGB'ye neden olan birçok faktör vardır (Steiner ve Remsing, 2007). Bunlardan ilki genetik sebeplerdir. Virginia'da çocuk ve ergen ikizlerle yapılan çalışmada hem tek yumurta hem de çift yumurta ikizlerinin KGB belirtilerinin ilişkili olduğu, tek yumurta ikizlerinin belirtilerinin ise daha yüksek oranda ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, genetik ve çevresel faktörlerin varlığını göstermektedir (Eaves ve ark., 1997). Minesota'da yapılan diğer bir ikiz çalışmasında aynı bulgular bulunmuştur. Bu tekrar eden bulgular, hem genetik hem de çevresel faktörlerin KGB'ye neden olduğu bulgusunu desteklemiş ve güçlendirmiştir (Burt, Krueger, McGue ve Iacono, 2001). Minesota çalışmasında, genetik faktörler dışında, çevresel faktörlerin de KGB, davranım bozukluğu ve hiperaktivitede yaygın yordayıcı faktör olduğu ve ayrı genetik faktörlerin birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. KGB'nin etiyolojisinde, genlerin ve çevresel faktörlerin etkisinin iyice belirginleştirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kişilik özellikleri, ayrıca önemlidir. Yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğunun özelliklerini inceleyen çalışmalarda, çocukluktaki KGB belirtilerine de bakılmıştır. Gelişimsel yolda, çocuklukta öncelikli olarak KGB'nin ortaya çıktığı, daha sonra ergenlikte davranım bozukluğu olarak devam ettiği, bu ergenlerden bazılarının da yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu geliştirdikleri bulunmuştur. Bir çalışmada, KGB ve ileri dönemdeki antisosyal kişilik bozukluğunun ilişkili olduğu bulunmuştur. KGB ve DEHB'i olan ve acımasız (empati yokluğu) ve duygusuzluk (sığ ve kısıtlı duygular) kişilik özelliklerinden yüksek puan alan çocuklar, sıklıkla kendi davranış problemleri ile ilgili endişelenmeme ve korkusuzluk gibi belirtileri göstermektedir (Barry ve ark., 2000). Herhangi bir oyun kazanırken (ödül), kaybedilene kadar (ceza) uzun süre oynanmaya devam edilir. Bunlar psikopatinin özellikleridir. Acımasız olma ve duygusuzluk bu davranış kümesini belirlemede anahtar özelliklerdir. Tyler'ın yukarıda bahsedilen DEHB belirtileri veya duygusuzluk ve acımasızlık belirtileri yoktu, heyecan arama veya korkusuzluk, umursamazlık davranışları yoktu. Ailesinin diğer üyelerinde (diğer aile üyelerinden babası hakkında gelen bilgiler de dâhil) psikopati belirtileri gösteren biri yoktu. Bu tarz belirtileri olmadığı için, ileride antisosyal kişilik bozukluğu geliştirme ihtimali daha düşüktür.

Yetişkinlikteki antisosyal davranışlar ve ergenlikteki davranım bozukluğu ile ilişkilendirilen ödüle karşı gösterilen otonomik uyarılma azlığı, KGB'si olan çocuklar

üzerinde de çalışılmıştır. Otonomik uyarılma azlığı belirli durumlarda kalp atış hızı ve deri altındaki elektrik iletkenliğindeki değişimler ile ölçülür. DEHB ve KGB eş tanılı çocuklar, ödüle karşı daha az uyarılma tepkisi göstermişlerdir (Crowell ve ark., 2006). Bu tepki seratonin ve noradrenalin sistemi gibi biyolojik faktörlerle ilişkili olsa da, davranış eğitimi olan iyi eğitim veren anaokullarına gitmek ve ailenin eğitilmesi gibi çevresel faktörlerden etkilenebilir.

Hem biyolojik hem de sosyal, çevresel nedensel faktörlerle de çalışılmıştır. Toksinlerin karşıt gelme bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hamilelik süresince sigara içen annelerin çocuklarında KGB olma riski daha fazladır. Düşük kilo ile doğma, annenin eğitim düzeyi, annenin antisosyal davranışları kontrol edildiğinde bile, doğum öncesi sigaraya maruz kalma KGB olma ihtimalini 2 kat arttırmaktadır (Nigg ve Breslau,2007). Sigaraya maruz kalma sinirli bir mizaca yol açmaktadır (Bu bağlantı araştırmalarla doğrulanmıştır) ve bu sinirlilik hâli de karşıt gelme davranışları geliştirme ihtimalini arttırmaktadır. Bu nedensel yol bazı KGB vakalarına yol açsa da, Tyler'da böyle bir durum söz konusu değildir. Tyler'ın annesi sigara içmemiştir ve Tyler'ın da sinirli bir mizacı yoktu. Annesi, Tyler daha küçükken davranışları ile kolay başa çıkabildiğini belirtmiştir.

KGB'ye neden olan çevresel faktörlerdeki temel odak noktası ebeveynliktir. Ebeveyn çocuk ilişkisi ile ilgili birçok yaklaşım olduğu bulunmuştur, fakat en çok araştırılan konu, ebeveyn disiplinidir. Yıkıcı davranışları olan çocukların ebeveynleri, sıklıkla tutarsız disiplin kullanmaktadır. Kurallara uymazsa ceza vermekle tehdit etmekte ancak bu ceza uygulanmamaktadır. Ayrıca çocuğun davranışlarına ebeveynlerin yaklaşımları tahmin edilememekte ve günden güne farklılık göstermektedir. Ayrıca çocuğun isteklerini karşılayıp, tartışmalarını olumlu pekiştirebilmektedirler (Steiner ve Remsing, 2007). Gerald Patterson'un (1982) tanımına göre, bütün bu zor etkileşimler zorlayıcı döngü (coersive cycle) geliştirir. Zorlayıcı döngüde (genellikle market kasasında görülen), ebeveynler davranışlara sınır koymaya çalışınca, çocuk hoş olmayan davranışlarını arttırır (ebeveyn şeker almaya ilk kez "hayır" dedikten sonra yalvarma, mızmızlanma, söylenme gibi davranışlar) ve ailenin çocuğun bu isteklerini karşılaması ise olumsuz pekiştirmedir (ebeveynin yumuşayıp şeker alması, çocuğun hemen hoş olmayan davranışlarını durdurur ve ailenin kabullenmesini olumsuz olarak pekiştirir). Aynı zamanda, çocuk mızmızlandıktan ve rahatsız ettikten sonra ona şeker almak, bu davranışların tekrar ortaya çıkma ihtimalini arttırarak; çocuğun hoş olmayan, kavgacı davranışlarını bilmeden olumlu pekiştirir. Bu döngü, zaman içinde iyice sabit ve değişime kapalı hâle gelir. Tyler ve annesinin etkileşimi bu zorlayıcı döngü şeklindedir. Örneğin; Tyler kapıyı açıp, perdeleri çektiği zaman, Nicole, Tyler'ın söz dinlemeyen ve yıkıcı davranışlarını disipline etmekten vazgeçip, televizyon izlemeye gitmesine izin vererek onu olumlu pekiştirmiştir. Tyler da bağırarak, çığlık atarak ve yıkıcı davranışlarıyla annesinin disiplinden vazgeçmesini olumsuz olarak pekiştirmiştir.

Tutarsız disipline ek olarak, uygun olamayan diğer disiplin yöntemleri de karşıt gelme ve yıkıcı davranışlara neden olmaktadır. Cezalandırıcı disiplin kullanımı, örneğin; bağırma, azarlama, tehdit etme ve fiziksel olarak vurma ve dövme gibi agresif hareketler yıkıcı davranışların gelişimi ile yakından ilişkilidir (Stormshak, Bierman, McMahon ve Lengua, 2000). Tutarsız ebeveyn disiplininin daha fazla karşı gelme davranışına yol açtığı bulgusuna ek olarak; Stormshak ve arkadaşları cezalandırıcı ve öfkeli disiplinin, yüksek düzeyde karşıt gelme davranışlarına neden olduğu bulunmuştur. Bazı psikologlar, tokat atmayı da sallamak, itmek ve vurmak gibi agresif disiplinin bir biçimi olarak görmektedir. Birçok ebeveyn tokat atmanın bir disiplin yolu olduğunu savunsa da, Avrupalı Amerikalı (beyaz) ailelerde tokat atmanın çocuğun ileri dönemdeki saldırganlığını ve davranış problemlerini arttırdığı bulunmuştur (Deater-Deckard, Dodge, Bates ve Pettit, 1996).

Olumsuz sonuçlarından ötürü ve agresyonu çözerken model olduğu için, Tyler gibi bazı karşıt gelen çocuklar için tokat atmak; meydan okuma davranışını arttırabilir ve güç çatışmasına neden olabilir. Bu yüzden psikologlar, genellikle bu tür disiplin yöntemlerinin kullanımına karşı çıkmaktadır. Fiziksek istismar riskine varana kadar, ebeveynler tokadın şiddetini arttırabilir. Tokat atarken ebeveynlerin öfke kontrolünü kaybetmeleri de diğer bir risktir. Afro-Amerikalı ailelerde, tokat atmanın zararlı etkileri yokmuş gibi görünmektedir. Siyahi kültürde daha kabul edilebilir görünmektedir veya siyahi ailelerde ilgi ve alakanın bir göstergesi gibi daha farklı bir anlamı da olabilir. Fakat beyaz olan Tyler ve Nicole için, her şeyde başarısız olduğunda tokat atma disiplin kaynağı gibi gözükmektedir ve tokada son şans olarak başvurmaktadır.

Bazen ebeveynler etkili ebeveynlik tekniklerini bilmedikleri veya anlamadıkları için kullanmamaktadır. Fakat bazı karıştırıcı faktörler de devreye girmektedir. Bazı çocuklar ebeveynlerine çok zor gelmektedir, ebeveyn ve çocuğun mizacı birbiri ile uyuşmamaktadır (Greene ve Doyle,1999). Tyler'ın ani duygusal çıkışları ve baba kaybının açıklanmaması, Tyler'ın sinirli davranması ve iş birliği içinde olmama şeklinde ortaya çıkmaktadır ve bu davranışları ebeveynlerine zorluk çıkarmaktadır. Bu şekilde hayatına devam eden aile üyelerinin uygun disiplini kullanma konusunda kendine olan güvenleri; terk edilme ile bağlantılı olarak yaşadıkları depresyon yüzünden azalmaktadır. Disiplinin Tyler'a zarar vermesinden korktukları için tutarsız ve kararsız davranmışlardır. Diğer bir karıştırıcı faktör, aile içi geçimsizlik ebeveynlerin etkili disiplini uygulamasına engel olduğu zaman ortaya çıkar. Aile içi geçimsizlik annenin etkili disiplin uygulamasına engel olarak, çocuğun karşıt gelme davranışlarını arttırmaktadır (Mann ve MacKenzie, 1996). Evlilik doyumunun olmaması, babanın daha az sıcak ve çocukla ilişkisinde daha az kabullenici olmasına neden olmaktadır; bu da çocuğun karşıt gelme davranışlarını arttırmaktadır. 3 yaşında hiperaktif ve karşıt gelme davranışları olan çocuğun ebeveynleri, karşıt gelen çocukları olmayan ebeveynlere göre daha yoğun ve açık bir aile içi geçimsizlik yaşamaktadır (Goldstein ve ark., 2007). Aile

içi geçimsizlik çocuğun karşıt gelme davranışlarını arttırmaktadır. Aynı zamanda, karşıt gelme davranışları olduğunda aile içi geçimsizlik artmaktadır.

Yüksek derecede aile içi geçimsizliğe ek olarak, özellikle ebeveynler arası düşmanlığın olduğu ailelerde, aile üyeleri arasındaki ilişkiler kopuk ve serbesttir; ebeveynlerin tutumları umursamaz ve tutarsızdır. KGB tanısı alan çocuklar, almayan çocuklara göre daha sık travma mağduru olmaktadır (tecavüz, saldırı, aile ve mahalle içi şiddet, sarkıntılık) (Ford ve ark.,1999). Ergenlikteki karşıt gelme ve suç işleme davranışları, depresyon ve fiziksel agresyonla bağlantılıdır (Rowe, Maughan ve Eley, 2006).

Aile içi geçimsizlik ve travma mağduriyetine ek olarak, diğer sıkıntılı bir durum olan yoksul ortamda yaşama da, çocuğun yıkıcı davranışları ile yüksek oranda ilişkilidir. Sadece bir çalışma, bu fenomenin nedenlerini incelemiştir. Costello, Compton, Keeler ve Angold'un (2003), 1420 çocukla yaptıkları boylamsal çalışma, Amerikalı Hintlilerin yaşadığı bölgede bir casinonun açılma sürecinde başlamıştır. Bu süreçte, bu bölgede yaşayan aileler casinodan gelir elde edebildikleri için, Hintli çocukların yoksulluk düzeyleri değişmiştir. Sürekli yoksul ortamda büyüyen çocukların, hiç yoksul ortamda büyümeyen çocuklara göre herhangi bir psikolojik tanı alma oranları yüzde 59 daha fazladır. Ailesi ekstra gelire kavuştuğu için yoksulluktan çıkan çocukların, KGB ve davranım bozukluğu belirtilerinde yüzde 40 azalma olduğu ve bu belirti düzeylerinin, neredeyse hiç yoksul ortamda yaşamamış çocuklarla aynı olduğu görülmüştür. Bu etki, ebeveynlerin çocuklarına ne kadar gözetim sağladığı ile ilgilidir. Yoksul ortamda yaşandığı zaman, ebeveynler daha serbest bir denetim sağlamış; yoksulluktan çıkıldıktan sonra, daha fazla denetim sağlamışlardır. Bu çalışma metodolojik olarak çok ilginçtir çünkü yoksulluktan çıkma, psikolojik ve genetik özelliklere bağlanamadığı için doğal bir deneydir (ailelerin raslantısal bir şekilde gelirleri artmıştır). Bu durum, araştırmacılara yoksulluğun çocuğun karşıt gelme davranışları ile ilgili nedensel bir faktör olduğunu, üçüncü bir değişkenin etkisinin olmadığını veya patolojilerinden kaynaklanmadığını özetlemiştir. Bu bulgu Tyler için de ilginçtir; karşıt gelme davranışları babası evden ayrıldıktan sonra ortaya çıkmıştır, annesi bütün parasını bitirmiş ve yoksulluk sınırına geldiği için eski kayınvalidesi ve kayınpederi ile yaşamak zorunda kalmıştır.

Tedavi

KGB için en oturmuş tedavi yöntemi, aile denetimi eğitimidir. Çocuğun yıkıcı davranışlarını azaltmada ve ailenin işlevselliğini arttırmada çok etkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (Farmer, Compton, Burns ve Robertson, 2002). Ebeveynlerin çocukları ile daha iyi etkileşime girmeleri ve problemli davranışlara daha iyi tepkiler vermelerini geliştirmek için eğitim verilmektedir. Ebeveynler istenen davranışları olumlu pekiştirmeyi ve problemli davranışları da pekiştirmeyi durdurmayı öğrenir.

Ayrıcalıkların kaybedilmesi ve ara verme yöntemi gibi tekniklerle problemli davranışları durdurmayı öğrenir ve tutarlılığını arttırır. Bu tedavi yöntemi, özellikle KGB ve bu bozukluğun yol açtığı daha ciddi sorunların tedavisinde etkilidir (Kazdin ve Whitley, 2006b).

Bilişsel davranışçı yaklaşımlar da ayrıca etkilidir (Farmer ve ark., 2002). Bu tedavilerden biri, çocuk ve ebeveynin birlikte problem çözme becerilerinin geliştirildiği ortak problem çözmedir (Greene ve ark., 2004). Aile terapisi yaklaşımları da bu sorunların çözümünde işe yaramaktadır (Farmer ve ark., 2002) ve bunlardan bir kısmı Tyler'da kullanılmıştır. Tedaviye babaannenin de dâhil edilmesi ve özellikle alt sistemler arasındaki sınırların güçlendirilmesi (anne ve babaanne ebeveyn alt sistemi, Tyler'ın çocuk alt sisteminden ayrıştırılmıştır) aile terapisi yaklaşımına bir örnektir. Ergenler için, çok sistemli terapinin (multisystemic therapy) çok etkili olduğu bulunmuştur fakat, okul çağındaki çocuklarda da etkili olduğunu gösteren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Farmer ve ark., 2002). Çok sistemli teori, bütün ailenin ve toplumla nasıl ilişki kurduğunu; sosyal çalışmaları, toplumsal desteği ve okul desteğini bütünleştirerek çalışmayı hedefler ve genellikle ciddi davranım bozukluğu olan ergenlerde kullanılır.

KGB'si için tedavi olan çoğu çocuk, okul çağında veya ergenlik dönemindedir; Tyler okul öncesi dönemde tedavi edilmiştir. Okul öncesi dönemdeki çocukları tedavi etmek daha yararlı olabilir çünkü davranışları alışkanlık hâline gelmemiştir ve değişmesi daha kolay olabilir (Nixon, Sweeney, Erickson ve Touyz, 2003). Ebeveynlerin ebeveynlik stillerini başarılı bir şekilde değiştirebilmelerini etkilediği için, terapötik bağlılığın kuvvetli olması önemlidir (Kazdin ve Whitley, 2006a). Dr. Bell, Nicole'ün ilerlemesini cesaretlendiren ve yaşadığı güçlüklerle empati kuran destekleyici ve kabul edici bir ilişki geliştirmeye odaklanmıştır. Bu destek terapötik başarı için gerekli olan zorlu değişimlerde yardımcı olmuştur. Bu değişimler sağlandıktan sonra, Dr. Bell, Tyler'ın babasına duyduğu öfke ve üzüntü duygularına odaklanabilmiştir.

Eğer DEHB ile eş tanısı yoksa, ilaç tedavisi KGB için pek sık kullanılmaz. DEHB için ilaç kullanılabilir. Agresif davranışları kontrol etmek için, klinisyenler bazen antidepresan veya bipolar bozukluk için kullanılan antikonvülsanları kullanabilir (Althoff, Rette ve Hudziak, 2003). Son dönemlerde ise, agresyonu tedavi etmek için bazı antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır, ancak yararlarından çok yan etkileri daha fazladır. İlaç tedavisinden kaçınılıyorsa, ilk önce farmakolojik olmayan müdahale yöntemleri kullanılmalıdır.

Tartışma Soruları

1. Amerika'da, yıkıcı çocukları ile baş etmeye çalışan ailelerin gösterildiği televizyon programları son dönemlerde popüler olmaya başlamıştır. Daha önce bu tür programları gördünüz mü? Çocuklardaki yıkıcı davranışlar artışa mı geçmiştir? Eğer öyleyse, bu durumdan sorumlu faktörler nelerdir?

2. Tokat atma bazı ailelerde çocuğun agresyonunu ve karşıt gelme davranışlarını arttırmaktadır. Araştırmacılar tokat atmanın agresyona neden olduğunu nasıl saptamışlardır ve agresif çocuklar, ailelerinin daha fazla tokat atmalarına nasıl neden olmaktadır?
3. Tokat atmanın farklı etnik/ırksal altyapıdan gelen ailelerde farklı etkileri olduğu bulgusuna şaşırdınız mı? Bulguların bu sonucu desteklediğini düşünüyor musunuz? Çocukları tedavi eden psikologlara, neler önerirsiniz?
4. Zorlayıcı döngüdeki olumlu ve olumsuz pekiştireçler üzerinde nasıl çalışmaktadır? Daha önce bu tarz etkileşimde olan ebeveyn çocuk davranışları gördünüz mü? Eğer öyleyse olumlu ve olumsuz pekiştirilen durumları belirtiniz ve nasıl olduğunu açıklayınız.

BÖLÜM 19*

Alkol Kullanım Bozukluğu

Michael Patterson'ın aşırı alkol tüketimi öyküsü vardı ve eşi Grace, eşinin alkol tüketimi son zamanlarda arttığı için endişeleniyordu. Eşi, psikolog Dr. Lawton'ı aramaya karar verdi. Dr. Lawton, Michael ile ayık olduğu bir zamanda endişeleriyle ilgili konuşmasını ve bir psikoloğun Michael'ı bir değerlendirme görüşmesi için kabul ettiğini söylemesini önerdi.

Grace, Dr. Lawton'ı birkaç hafta sonra tekrar aradı. Michael bir psikolog ile görüşme ihtimalini değerlendirmeyi reddetmişti. Grace şimdi ne yapacağı ile ilgili hiçbir fikre sahip değildi; bu sebeple Dr. Lawton, Grace ile yalnız görüşecekleri bir randevu ayarladı. Grace'in Michael'ı tedaviye başlayabilmesi için motive edebileceği yollar üzerinde tartıştılar. Grace içki içmesinin olumsuz sonuçlarını Michael'a sakince anlatması ve kendisinin bu konu ile ilgili ne kadar endişeli olduğunu ifade etmesi konusunda bilgilendirildi. Yakın zamanda yaşanmış birkaç olayı örnek alarak Grace'in nasıl tartışabileceğini prova yaptılar. Örneğin, birkaç hafta önce Michael ve Grace'in bir başka çift ile birlikte akşam yemeği planları vardı, fakat akşama doğru Michael dışarı çıkamayacak kadar sarhoş olmuştu. Grace diğer çifti aramak ve yemek planını iptal etmek için bir mazeret üretmek zorunda kaldı. O akşam Michael'ın içki içmesi ile ilgili büyük bir kavga ettiler. Michael ne zaman gerçekten sarhoş olsa, özellikle içki içme konusunda, kendisi ile mantıklı bir iletişim kurmak imkânsız oluyordu. Grace ertesi sabaha kadar bekledi ve Michael'ın içki içmesi ile ilgili endişelerini ve bu durumun iyi arkadaşlarını kaybetmelerine nasıl sebep olabileceğini ve bu problemin, evliliklerini mahvetmesi ile ilgili korkularını ona ifade etti.

Bir ay sonra Grace, Michael'ın içki içmesi ile ilgili hiçbir değişikliğin olmadığını söylemek amacıyla Dr. Lawton'ı aradı. Birkaç kez Michael ile içki içmesinin hayatları üzerindeki yıkıcı etkisi hakkında konuşmuştu. Grace umudunu yitirse de, Dr. Lawton onu plana devam etmesi yönünde ikna etti. Üç hafta sonra Grace, Michael ile birlikte gelecekleri değerlendirme görüşmesine randevu almak için aradı. Bir gece önce korkunç bir kavga etmişlerdi; Michael ona vurmak için elini kaldırmış ama son anda elini indirmişti. Bu olay, Grace'i korkuttuğu kadar Michael'ı da açıkça telaşlandırmıştı; böylece sonunda gelmeye ikna oldu.

Dr. Lawton Michael ve Grace'i bekleme odasında karşıladı ve ofisine davet etti. İlk görüşmenin başlıca hedeflerinden biri, Michael'ı terapiden korkutmamaktı. Dr. Lawton, Michael'ın randevuya gelme konusundaki isteksizliğini anladığını açıkladı. Dr. Lawton,

*Çeviren: Dr. Derya Gürcan Yıldırım

Michael'a bu görüşmenin amacının, içki içme alışkanlıkları ve alkolün sebep olabileceği problemlerle ile ilgili bilgi almak olduğunu söyledi. Seansın sonlarına doğru, eğer Michael isterse, tedavi seçeneklerini konuşabilirlerdi.

Michael her gün aşırı derecede içiyordu, işten sonra başlıyor ve akşam da devam ediyordu. Hafta sonlarında, genellikle öğlen civarı başlıyor ve akşam yemeği zamanında sarhoş oluyordu. İçki içmesinin kontrolden çıktığını ve hem kendisi hem de eşi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu fark etti. Sıklıkla tartışmaya başlamışlardı. Birkaç durumda, Michael tabakları kırmış ve duvarları yumruklamıştı. Çift şimdilerde arkadaşlarını seyrek olarak görüyordu. Michael'ın yüksek tansiyonu alkol sebebiyle daha da kötüleşmişti. Seansın sonlarına doğru, tedavi konusu açıldığında, Michael içki içmeyi azaltması gerektiğini bildiğini ama tamamen bırakmayı gerçekten istemediğini söyledi. Adsız Alkolikler (AA) gibi alkol tedavi programlarının amacının, içkiden uzak durmak olduğunu biliyordu ve içkiden tamamen uzak durmak istemiyordu. Bu noktada, Dr. Lawton bazı tedavilerin, ortalama miktarda içme ile sonuçlanan değişimlere odaklandığını açıkladı. Michael bu ihtimal ile ilgilenmiş görünüyordu. Seans, Michael'ın tedaviye başlamayı düşünmeyi kabul etmesi ile sonlandı. Bir hafta sonra, Michael aradı ve yeni bir randevu ayarladı.

Sosyal Geçmiş

Michael'ın çocukluğu mutlu idi. Babası elektrik mühendisiydi ve annesi Michael ve abisi James okulda iken yarı zamanlı olarak yerel kütüphanede çalışıyordu. Michael'ın annesi ve babası az miktarda alkol tüketirlerdi—arada sırada bir bira ya da bir bardak şarap. Michael, erkek kardeşinin babalarına kendisinin olduğundan daha yakın olduğunu hatırlıyordu. James, babasının elektronik projelerine olan ilgisini onunla paylaşıyordu ve ikisi çoğunlukla birlikte çalışıyorlardı. Michael'ın, tam tersi, elektroniğe karşı çok az ilgisi ve daha da az yeteneği vardı. O daha çok, özellikle tarih ile ilgili olmak üzere, okumaya karşı ilgiliydi.

Michael'ın notları mükemmeldi. Lisede, ayrıca güreş takımındaydı. İçmeye, genellikle hafta sonu partilerinde olmak üzere, o zamanlar başladı. İçki içmeyi rahatlatıcı buldu ve içki sosyal durumlarda kaygısını azalttı. Michael en çok kadınların etrafındayken gergindi; kendisini genellikle dili tutulmuş ve onlarla konuşamıyor olarak hissediyordu.

Michael liseden mezun oldu ve tarih ve eğitim konularında uzmanlaştığı küçük bir üniversiteye gitti; böylece bir lisede tarih öğretebilecekti. İçki içmesi hem miktar hem sıklık olarak üniversitedeyken arttı. İçki, artık sadece hafta sonları ile sınırlı değildi ve genellikle bir seferde altı taneden fazla içiyordu. İçmeye çoğunlukla rahatlamak için devam etti. Notları orta derecede iyiydi, ancak kadınların etrafındaki kaygısı sürdü. Grace ile sanat tarihi dersinde tanıştı. Birbirlerinden ilk görüşte etkilendiler. Grace'in sosyallik ve konuşma ile ilgili becerileri Michael'a kolaylık sağladı ve ilişkiye başladılar. Üniversiteden mezun olduktan sonra evlendiler.

Michael, bir lisede tarih öğretmeni olarak iş buldu ve Grace bir kuyumcu dükkânında çalıştı. Bir apartman dairesinde, istedikleri müstakil evin peşinatı için para biriktirerek iki yıl yaşadılar. Michael tarih bölüm başkanı ya da okul yöneticisi olmayı umut ettiği için, yüksek lisans derecesi almak amacıyla yerel bir üniversitede akşam lisansüstü programına kayıt oldu. Michael, bu zamanları çok mutlu zamanlar olarak hatırlıyordu. Grace ile birbirlerine çok aşıktılar.

Bu sıralarda Michael düzenli olarak, hafta içi akşam yemeğinden önce birkaç bardak viski ve hafta sonunda ise her zamanki viskiye ek olarak yemekte şarap içiyordu. Grace yemekten önce, sadece bir bardak viski içerek eşine eşlik ediyordu. Michael, Grace ile birlikte arkadaşlarıyla yemeğe çıktıklarında yemekten önce herkes sadece birer tane içki içerken kendisinin iki içkiyi bitirdiğini hatırladı. Ayrıca, bir partiye katıldıklarında, genellikle Michael belirgin bir şekilde herkesten daha fazla içki içerdi. Michael, sosyal durumlarda rahatlayabilmek için alkole ihtiyacı olduğunu iddia etti.

Bu içki içme örüntüsü birkaç yıl devam etti. Bu sürede, Michael yüksek lisansını bitirdi ve Grace ile Ethan isimli bir çocukları oldu. Çift, küçük bir müstakil ev aldı ve hayat çoğunlukla sorunsuz bir şekilde devam etti. Dört yıl sonra, tarih bölümü başkanlığı pozisyonu açıldı ve Michael bu işe başvurdu. İşe kabul edilmediğinde, Michael yıkılmıştı ve çok öfkeliydi. Bu yüzden içki içmesi artmaya başladı. Grace odadan çıktığında Michael viskisini gizlice yeniliyordu; böylece her zamanki iki içkisi yerine muhtemelen üç ya da dört tane içiyordu. Bir süre sonra, Grace daha sık içki almaya başladıklarını fark etti ve Michael'ın çok içiyor olduğundan şüphelenmeye başladı. Michael'ı bu durum ile yüzleştirdiğinde, Michael öfkeyle bunu inkâr etti ve eşinden saklamak amacı ile içki içme örüntüsünü değiştirdi.

Artık işten eve dönerken yolda içmeye başladı. Bir içki dükkânında duruyor, küçük bir şişe brendi alıyor ve eve dönüş yolunda içiyordu. Bir polis memuru tarafından durdurulma ihtimalini düşürmek için, durduğu içki mağazalarını ve eve dönüş yolunu değiştirmeye dikkat ediyordu. Eve dönmeden önce boş şişeyi arabasının bagajına koyuyor, nefes ferahlatıcı şeker alıyor ve Grace ile görüşmeye ve viskisini içmeye hazır hâle geliyordu. Sürekli, akşam yemeğinden sonra uyuyakalmaya, bazen de kendinden geçmeye başlamıştı. İşten sonra içmeleri, öğleden sonraki raketbol oyunlarından vazgeçmesine sebep olmuştu ve artık akşam yemeğinden sonra hiçbir şey yapamıyordu. Ayarladığı randevularını unutmaya başladı. Örneğin, arkadaşları Michael ve Grace'i sinemaya ya da akşam yemeğine davet etmek için arıyorlardı, fakat ertesi gün Michael aramayı hiçbir şekilde hatırlamıyordu. Arkadaşları sık aramayı bıraktılar. Bu süreçte, Grace gittikçe mutsuz oluyordu. Michael ile daha az etkileşime geçiyordu ve Michael'ın gizlice içki içtiğini düşünmeye başlamıştı. Birkaç ay sonra, arabanın bagajını kontrol etti ve bir düzine boş brendi şişesi buldu. Öfke ve kaygısı ile birlikte, Michael'ın karşısına çıktı ve —daha sonraki birçok tartışmanın ilki olan— çirkin bir tartışma vuku buldu. Michael içki içmesi ile ilgili daha da kapalı kutu hâline geldi, artık eve varmadan önce boş şişeleri atmaya başladı, ama içki içmesi azalmadı. İçki içmesinin kontrolden çıktığını fark etti ve birkaç kez azaltmaya çalıştı. Ne yazık ki, çözümü sadece bir ya da iki gün sürebildi.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

İlk seans boyunca, Dr. Lawton ve Michael tedavi seçeneklerini daha detaylı olarak tartıştılar. Michael içkiyi tamamen bırakmaktansa, azaltmak istediği konusunda son derece kararlıydı. Dr. Lawton tamamen kesmenin daha iyi bir hedef olduğunu düşünse de, Michael'ın içki tüketimini azaltmasına yardımcı olmaya hazır olduğunu söyledi. Michael'ın kontrolü tekrar ele alabilmesine yardım etmek için, Dr. Lawton ilk olarak bir ay süreyle tamamen içkiden uzak durma konusunda ısrar etti. Michael alkole karşı yüksek tolerans işaretleri gösterse de, geri çekilme belirtilerini deneyimlememişti; bu sebeple, şok etkisinden kaçınmak güvenli bir uygulama gibi görünüyordu. Michael içkiden tamamen uzak geçecek bu dönemi isteksizce kabul etti. Ayrıca, içki içmesinin olumlu ve olumsuz sonuçları üzerinde tartıştılar. Bir şekilde şaşırtıcı olarak, Michael olumluları bulmaya çalışırken oldukça zorlandı. Eskiden alkolün stresle baş etmeyi sağladığını, ancak şimdi sadece bir alışkanlık ve zaman doldurma şekli olduğunu söyledi. Olumsuz sonuçların uzun bir listesi vardı—evlilik problemleri, arkadaş kaybı, hobi ve ilgi alanlarından vazgeçme ve yüksek tansiyonunun alkol sebebiyle kuşkusuz olarak kötüleşmiş olması gerçeği. Ayrıca Dr. Lawton, insanların genellikle içtikleri miktarla ilgili normatif bilgileri paylaştı. Michael ortalamadan ne kadar sapmış olduğuna şaşırdı.

Grace ve Michael'in ikisi de bir sonraki seansta bulundu. Michael'ın alkolden tamamen uzak durma ile baş edebilme yollarını tartıştılar. Dr. Lawton, özellikle alternatif aktivitelerle ilgilenirse, Michael'ın içki içme isteğinin zamanla geçeceğine dikkat çekti. Michael'a içki içme isteğinin geçtiğini düşünmeyi ve aşırı alkol tüketiminin uzun vadeli sonuçlarına odaklanmayı öğretti. Terapi seanslarında bu sonuçları—araba kullanırken tutuklanmak, evliliğini yıkmak ve arkadaşlarını kaybetmek— hayalinde nasıl canlandıracağının pratiğini yaptı. Birlikte, Michael'ı işten sonra meşgul edecek birçok strateji planladılar. Okuldaki güreş takımına yardımda bulunmaya ve tekrar raketbol oynamaya başlamaya karar verdi. Eğer bazı günler bu aktivitelerin hiçbirini yapmak mümkün olmazsa, Michael işte geç saate kadar kalacak, ödevleri notlandıracak ya da ders notlarını düzenleyecekti. Eğer dürtülerini kontrol etmede herhangi bir güçlük yaşarsa, Grace'i arayacaktı. Michael, Grace'in evdeki tüm alkolleri kaldırmasını kabul etti ve çift daha önce Michael'ın sarhoş ya da uykulu geçirdiği zamanı dolduracak aktivitelerin olduğu bir liste oluşturdular. Bu liste arkadaşlarla sinemaya gitmek, evde izlemek için DVD kiralamak, briç oynamak ve yemeğe çıkmak gibi sosyal aktiviteleri içeriyordu.

Michael, sonraki birkaç hafta Dr. Lawton ile haftada iki kez görüştü, bazı seanslara Grace de katıldı. Michael, içkiden uzak kalmayı başardı ve alternatif aktivitelerde bulunması planına uydu. İçki içmeyi, genellikle işten sonra ya da akşamları, çok istediği zamanlar oldu, ama bunlar çok şiddetli değildi. Bu istekler, hiçbir şekilde sigarayı bırakırken yaşadıkları gibi değildi. Michael, bunları "bir miktar açsın ama gerçekten ne istediğini bilmiyorsun" şeklinde belli belirsiz bir açlık gibi tanımladı. Bu seanslar süresince, Michael içki isteğiyle birlikte hissettiği olumsuz duygularla baş edebilmek için derin kas gevşeme egzersizlerini öğrendi.

Alkolden tamamen uzak durma dönemi sona erdikten sonra, alkol yeniden Michael'ın hayatına girdi. Michael günde, eskiden büyük bir bardağı viski ile doldurmasının aksine, dikkatlice ölçülmüş iki bardaktan fazlasını içmemeyi kabul etti. Yalnızca Grace eşliğinde içmeyi de kabul etti. İçecekler artık yudum yudum içilecek ve içkiler arasında 20 dakikalık bekleme süresi olacaktı. Michael, raketbola tekrar başlama ve arkadaşlıklarını düzeltme başta olmak üzere yeni aktivitelerinden keyif aldığını belirtti.

Ortalama miktarda içki içme düzeni, bir ay içerisinde düzgün kurulmuş gibi görünüyordu; bu sebeple seans sıklıkları azaltıldı. Daha sonraki aylarda, Michael ve Dr. Lawton, Michael'ın içki içme isteği ile baş etme çabaları üzerinde tartışmaya devam ettiler. Ayrıca nüksetme ihtimalini de tartışmaya başladılar. Dr. Lawton arada kaçırma—sadece bir gün çok fazla içmek—ile nüksetme—eski örüntüye tamamen geri dönme— arasındaki farkı açıkladı. Dr. Lawton, arada kaçırmaların olabileceğini ve bunun, tüm gelişmenin kaybedildiği anlamına gelmediğini vurguladı. Ayrıca tedaviye devam etme ve iyileşen alkoliklerin olduğu bir yerel grubun buluşmalarına katılmanın gerekliliğini ele aldılar. Bu gurup, AA'ya benzer ama din ile ilgili daha az tartışmanın olduğu ve içkiden uzak durmanın, içki probleminin tek çözümü olduğuna daha az vurgu yapan bir gruptu. Michael gruba katılmayı kabul etti ve tedavi sona erdi.

Takip

Dr. Lawton, üç yıl sonra Grace'ten, Michael'ın tekrar çok içmeye başladığını öğrendiği bir arama aldı. Michael ile birlikte tedaviye geri dönmeyi tartışmışlardı, ama Michael isteksizdi ve ilk seferinde açıkça görüldüğü üzere işe yaramadığını söylüyordu. Dr. Lawton, Grace'e Michael'ı kendisini aramaya ikna etmesini önerdi. Michael birkaç gün sonra aradı ve tedavinin başarısız olduğuna dair düşüncesini tekrarladı. Michael yine bir terfi imkânını değerlendiremediği için çokça içmeye başladığını ve tekrar eski örüntüsüne döndüğünü söyledi. Dr. Lawton ortalama miktarda içmeyi yıllarca sürdürebilmesinin bir başarısızlık olmadığını vurguladı. Michael'a, tedavinin tekrar işe yarayacağına inandığını ama bu kez tedavinin kazanımlarını korumaya daha fazla dikkat ederek odaklanmaları gerekeceğini söyledi. Michael'ın tedaviye dönmeye dair devam eden isteksizliğini hissederek, Dr. Lawton içki içmesi kısa süredir kontrolden çıktığı için, bu kez içkiden tamamen uzak kalma döneminin gerekli olmayacağını söyledi. Michael, Grace ile birlikte seansa gelmeyi kabul etti.

İlk konuşan Grace oldu. Ağlayarak, Michael'ın tekrar çok içmeye başladığını anlattı. Grace yakında olan olayları anlatırken, Michael başı önde, sessizce oturdu. Grace, Michael'ın içki içtiği zamanlarda ortaya çıkan problemlerin olduğu uzun süreli bir dönemi daha atlatabileceğinden emin olmadığını belirtti. Boşanmayı düşünüyordu. Michael, Grace'in söylediği hiçbir şeye itiraz etmedi. Tedaviyi tekrar denemek istiyordu ve ayık kalmak için çaba gösterecekti.

Tedavi daha öncekinin benzeriydi, ama içkiden tamamen uzak kalma dönemi yoktu. Michael çabucak ortalama miktarda içtiği bir düzen oluşturabildi. Ek olarak, Michael'ın terfi ettirilmemeye verdiği tepki üzerine tartışmaya epey vakit harcandı.

Michael'ın bu olaya bakış açısı, bunun felaket olduğu yönündeydi ve kendisinin ne kadar değersiz olduğunu kanıtlıyordu. Dr. Lawton, Michael'ın bu durumu tamamen bir felaket olarak değil de, talihsiz bir olay olarak görebilmesine yardımcı olmaya çalıştı. Michael, daha önce tamamlanan terapinin ardından grup toplantılarına katılma önerisine uymadığını itiraf etti. İlk terapide olduğu gibi, son seanslar, Michael'in elde etmiş olduğu kazanımları nasıl koruyacağı tartışılarak geçirildi. Michael bu kez grup toplantılarına katılacağı konusunda ısrar etti ve Dr. Lawton ayda bir olacak şekilde görüşmelere gelmeyi kabul etti. Michael'a eğer iki gün üst üste çok içerse, Dr. Lawton'ı araması ve görüşme ayarlaması söylendi.

Michael Dr. Lawton ile görüşmeye 6 ay daha devam etti. Birkaç kez sapma yaşasa da, çoğu zaman ortalama miktarda içmeye devam etti ve düzenli olarak grup toplantılarına katıldı. Fakat, daha sonra görüşmeleri iptal etmeye başladı ve birkaç görüşmeyi haber vermeden aksattı. Bir yılın sonunda, Dr. Lawton vakayı sonlandırdı.

İki yıl sonra, Grace eski örüntünün geri döndüğünü söylemek için aradı. Bu kez Michael, Dr. Lawton'ı arama konusunda bile isteksizdi ve Grace boşanma evraklarını dolduruyordu. Depresif hissediyordu ve terapi seansları ayarlamak istiyordu. Bu seanslar, çoğunlukla Michael'a karşı olan duygularını ele alarak geçiyordu. Grace klinik olarak depresyonda değildi, ama gerçekten önemli derecede stres yaşıyordu. Michael aşırı miktarda içmeye devam etti ve Grace sonunda onu evden çıkarttı. Kısa bir süre sonra, Michael ağır bir kalp krizi geçirdi ve öldü. Grace'in terapisi, üzüntüsüne ve Michael'in ölümü ile ilgili hissettiği suçluluğa odaklanarak birkaç ay daha devam etti.

Tartışma

Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5'e göre (APA, 2013), alkol kullanım bozukluğu bireyin alkol ile ilişkili en az iki belirti geliştirdiği problematik içki içme örüntüsü içerir. Belirtiler; zihnin alkol ile meşgul olmasını, içki içme üzerinde kontrol kaybını, içki sebebiyle oluşan işlev problemlerini, alkol isteğini, gittikçe artan miktarlara tolerans geliştirmeyi ve içki içilmediğinde geri çekilme semptomlarının görülmesini içerir. İleri derecede alkol kullanım bozukluğuna sahip kişiler, alkol tüketimi ile ilgili altı ya da daha fazla belirti gösterirler. Alkol kullanım bozukluğu, genellikle kişiler arası problemlere sebep olur ve sorumlulukların yerine getirilmesine engel olur.

Michael, açık bir biçimde şiddetli alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılıyordu. Tolerans geliştirmişti, çok fazla içtiğinin farkındaydı, azaltmayı başaramadı, daha önce eğlendiği aktivitelerden vazgeçti ve ciddi evlilik problemlerine sebep olduğunu ve yüksek tansiyonunu kötüleştirdiğini bildiği hâlde içki içmeye devam etti.

Şiddetli alkol kullanım bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı erkekler için yüzde 17,8 ve kadınlar için yüzde 8'dir (Hasin, Stinson, Ogburn ve Grant, 2007); bu oranlar, alkol kullanım bozukluğunu en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri yapmaktadır. Birleşik Devletler'de, klinik olarak anlamlı problemli içme, Beyazlar arasında Afrikalı Amerikalılarda olduğundan daha sık görülmektedir (Breslau ve ark., 2006). Alkol bağımlılığı, alkol kötüye kullanımından daha az görülmektedir (Somers, Goldner, Waraich ve Hsu, 2004). Alkol kullanım bozukluğunun gelişmesine giden

yol oldukça değişkendir. Michael gibi bazı kişiler ortalama miktarda içmekten, aşırı içmeye ve sonrasında alkol kullanım bozukluğuna istikrarlı bir şekilde yol alabilirler. Ama birçokları için örüntü daha az düzenlidir. Örneğin; bazı kişiler stresli zamanlarda alkolü kötüye kullanırken, stresli durumlar çözüldüğünde hafif içiciliğe dönebilirler (Vaillant, 1996). Ancak, kişi şiddetli alkol kullanım bozukluğu geliştirdikten sonra, bozukluk genellikle kronik hâle gelmektedir. Örneğin; bir çalışmada, aşırı alkol problemi olan erkeklerin üçte ikisinin, 5 yıl sonra hâlâ alkole bağımlı olduğu görülmüştür (Schuckit ve ark., 2001). Bazıları tedavi olmadan içmeyi bırakabilmektedir (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer ve John, 2003). 3 yıl boyunca alkolden tamamen uzak kalabilenler, çok büyük ihtimalle ömürleri boyunca alkolden tamamen uzak durabilmektedir (Vaillant, 2003). Aşırı alkol içenler, alışkanlıklarının olumsuz sonuçlarının bırakmalarına neden olduğunu belirtme eğilimindeyken; daha az alkol tüketenler taşınma, yaşlanma ya da çocuk sahibi olma gibi yaşam değişimleri sebebiyle içki içmeyi bıraktıklarını ifade etmişlerdir (Cunningham, Blomqvist, Koski-Jannes ve Cordingley, 2005). Durum Michael için de böyleydi—aşırı içmeyi bırakma motivasyonu; durumsal değişimdense, alkolün Grace ile olan ilişkisinde sebep olduğu olumsuz sonuçlardan kaynaklanmaktaydı.

Şiddetli alkol kullanım bozukluğu olan birçok kişi, eş tanı olarak majör depresyona sahiptir (Wang ve El-Guebaly, 2004); özellikle boşananlar, ayrılanlar ya da dul kalanlar ve düşük gelire sahip olanlar. Birey ne kadar çok alkol tüketirse, kanser (ağız, yemek borusu, karaciğer ve göğüs), felç, kalp hastalığı ve diyabet gibi birçok sağlık problemini yaşama riski o derece yüksektir (Room, Babor ve Rehm, 2005). Bu durum, Michael'ın ölümcül kalp krizinde görülmüştür. Birçok içici kötü beslenmekte ve vitamin eksikliği yaşamaktadır çünkü alkolün kalorisi yemeklerden alınacak kalorinin yerini almaktadır (Manari, Preedy ve Peters, 2003). Kronik içki alışkanlığı özellikle problem çözme, yargılama ve akıl yürütme ile ilişkili olan frontal lob bölgesinde olmak üzere, beyinde küçülmeyle sonuçlanabilir (Rosenbloom, Sullivan ve Pfefferbaum, 2003).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Alkol kullanım bozukluğu, çeşitli sebepleri olan kompleks bir bozukluktur. Bu sebepler birbiriyle ve çevresel faktörlerle etkileşime giren çeşitli genleri içermektedir (Edenberg ve Foroud, 2006). Sebep olan etkilerin, yarısının genetik ve diğer yarısının çevresel olduğu düşünülmektedir (Sartor ve ark., 2009). Nörotransmiter GABA ve alkol metabolizma seviyesi gibi işlevleri düzenleyen genler de muhtemelen ilişkilidir. Ayrıca, nörotransmiter dopamin ödül ve alkol isteği ile ilgilidir ve dopamin hareketlerini etkileyen genetik faktörler önemli olabilir. Dopamini düzenleyen özel bir form gen taşıyan bireyler, yalnızca istismar eden ya da ihmalkâr bir ailede yetişmek veya kolejde kardeşlik derneklerinde aktif olmak gibi, riskli çevreye maruz kaldıklarında şiddetli alkol kullanım bozukluğu geliştirmekteyken, bu formda gene sahip olmayan bireyler riskli bir çevreye maruz kalsalar da bozukluk geliştirmemektedirler (Park, Sher, Torodov ve Heath, 2011).

Problemli içicilerin akrabalarında daha yüksek oranlarda madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu ve depresyon görüldüğü bulunmuştur (Nurnberger ve ark., 2004). Biyolojik ve evlat edinilmiş çocukları içeren bir araştırmada, şiddetli alkol problemi olan bir ebeveyn tarafından yetiştirilmenin etkileri araştırılmış ve içki probleminin geçişinde çevresel faktörlerdense, genetik faktörlerin rol oynadığı bulunmuştur (King ve ark., 2009). Bu kalıtım, suça yönelik davranış, sapkın akran grubu, antisosyal davranışlar, agresyon ve dürtüsellik içeren genetik olarak belirlenmiş davranışsal disinhibisyon nedeniyle oluşabilir. Luczak, Wall, Cook, Shea ve Carr (2004), Avrupalı Amerikalı ve Çinli Amerikalı gibi farklı etnik gruplarda farklı oranlarda şiddetli alkol kullanım bozukluğu olduğunu savunmuşlardır; bu farklılık Çinli Amerikalılarda daha sık bulunan koruyucu özelliği olan özel bir gen sebebiyledir. Fakat bu genin koruyucu özelliği, içki içmenin sosyal kabul edilebilirliği gibi çevresel faktörlerden belirgin olarak etkilenmektedir (Luczak, Glatt ve Wall, 2006). Michael'ın problemli içme davranışı ile ilgili belirgin bir aile öyküsü yoktu. Ne ailesi, ne de erkek kardeşi aşırı alkol tüketmiyordu ama aile partilerinde her zaman sarhoş görünen bir amcası vardı.

Başka bir kanıt ise, ailede alkol kullanım öyküsünden ayrı olarak, doğum öncesi alkole maruz kalmanın erken yetişkinlikteki alkol tüketimine dair ayrıca risk oluşturduğunu öne sürmektedir (Baer, Sampson, Barr, Connor ve Streissguth, 2003). 21 yaşındaki birinin, şiddetli alkol kullanma ihtimali annesinin hamile iken aşırı alkol tüketmesi sebebiyle üç kata kadar çıkabilmektedir.

Kişilik özellikleri, bireyin problemli içme davranışı riskini etkileyebilmektedir. Alkol kullanımı üzüntü ve düşmanlık gibi olumsuz ruh hâli ile ilişkilidir (Hussong, Hicks, Levy ve Curran, 2001). Araştırmacılar üzüntü, öfke ve kaygı gibi olumsuz duyguları daha çok hisseden bireylerin, sonradan daha fazla içki problemi geliştirdiklerini bulmuşlardır (Elkins, King, McGue ve Iacono, 2006). Ayrıca, araştırmacılar, geleneksel değerler, maceraperestlikten kaçınma, dikkatli ve kontrollü davranma gibi kısıtlayıcıları çok olan bireylerin daha sonra içki problemi olma ihtimalinin daha düşük olduğunu da bulmuşlardır. Michael'ın bu tarz kısıtlayıcıları az olmamasına rağmen, araştırmada öngörülen yüksek risk ile benzer olarak çok fazla olumsuz duygu yaşadığını belirtmiştir. Alkolün kişilerin stres tepkisini belirgin olarak azalttığı bulunmuştur (Sher, Bartholow, Peuser, Erickson ve Wood, 2007). Alkol bunu iki yol ile yapabilmektedir. İlki, ya alkolün beden üzerindeki tesiri ya da pozitif pekiştirmenin anksiyete ile rekabet etmesi ile sonuçlanan beyindeki ödül yollarını uyarması yolu ile direkt olarak kaygıyı susturması şeklindedir. İkincisi ise, kişinin stresli uyarana dikkat etme becerisini değiştirmesi yolu iledir. Alkol kullanımı, böylece olumsuz duyguları azaltması ya da olumlu duyguları arttırması sebebiyle ödüllendirici olabilmektedir. Aşırı alkol kullanımı, duygusal durum ile baş etmenin diğer yolları başarısız olduğunda, ruh hâlini düzenleme yolu olarak kullanılabilmektedir. Katılımcıların ruh hâllerini ve içki içmelerini günlük olarak kayıt ettikleri bir araştırmada, sinirliliğin daha fazla alkol kullanımını yordadığı bulunmuştur (Swendsen ve ark., 2000). Şiddetli içki içme problemi için tedavi arayışı içerisinde olan bireylerden öfke, depresyon, sıkıntı ve yalnızlık gibi olumsuz duyguları yönetmede zorluk yaşayanların tedavi sürecinde içki

içmeye devam etme eğiliminde oldukları ve nüks yaşadıkları bulunmuştur (Berking ve ark., 2011). Bu gerginlik-azaltma modeli, Michael'ın klinik bilgileri ile uyumludur. İlk başlarda içki içme isteğini sosyal durumlardaki kaygısı ile bağlantılandırmaktaydı ve hayatında büyük hayal kırıklıklarıyla karşılaştığında aşırı içki içmeye başlamıştı.

Alkolün ruh hâli üzerindeki etkisi, tüketildiği ortama bağlıdır. Alkol bilinçli bilişsel süreçlere zarar vermekte ve anlık ipuçlarına karşı dikkati azaltmaktadır, buna *alkol miyobu* denmektedir (uzağı görememe); alkollü kişiler hem olaylara hem de endişeye karşı daha az bilişsel işlemleme kapasitesine sahiptir (Moss ve Albery, 2009). Eğer, dikkat dağıtıcı bir olay mevcut ise, alkollü kişiler kendi streslerine endişelenmek yerine bu olaya odaklanırlar. Fakat, herhangi bir dikkat dağıtıcı uyaran yoksa alkol olumsuz ruh hâlini kötüleştirir; bu durumda, alkollü kişiler limitli bilişsel kapasitelerini kaygının hoş olmayan sebebine odaklar ve daha da kötü hissederler. Kişinin üzerinde alkolün etkisi ile ilgili beklentisi de rol oynamaktadır. Alkol kullanımı ve olumsuz duygudurumu arasındaki ilişki erkeklerde, stresle baş etmek için alternatif yolları olmayanlarda ve alkolün olumsuz duygularını hafifletmesini bekleyenlerde daha güçlüdür (Kushner, Abrams ve Borchardt, 2000). Benzer şekilde, bu ilişki yakın ve destekleyici sosyal ilişkileri olmayanlarda daha güçlüdür (Hussong ve ark., 2001).

Kişilerin alkol kullanım bozukluğu geliştirmesinin bir başka yolu ise, daha sık ve daha fazla miktarlarda alkol tüketmeleridir. Büyük bir popülasyon 26 yıllık bir süre ile araştırılmıştır; haftada 21 içkiden fazla içen erkeklerin ve günlük olarak içenlerin şiddetli alkol kullanım bozukluğu geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur, kadınlarda ise risk içki içtikleri anda artmaktadır. Kadınlar ne kadar çok içki içerlerse, haftada sadece bir taneden yedi taneye kadar olsa bile, alkole bağımlı olma risklerini o derecede arttırmaktadırlar (Flensborg-Madsen, Knop, Mortensen, Beeker ve Grønbæk, 2007). Çok az miktarlarda alkole maruz kalmak bile, kadınlar için daha çok risk içermektedir. Açıkça görülen bu sonuçlar çok içki içmeyi özendiren sosyal gruplar için bir uyarı niteliği de taşımaktadır.

Tedavi

İçki içme problemi olan birçok insan, bir problemi olduğuna inanmamaktadır ve bu sebeple, tedaviye başlamak için isteksizdir. Alkol ile ilgili bir bozukluğu olan yedi kişiden sadece biri, tedavi almaktadır (Cohen, Feinn, Arias ve Kranzler, 2007). Kişiler tedaviye direnç gösterdiklerinde, Dr. Lawton ve Grace'in Michael'ın içki içmesinin olumsuz sonuçlarını açıklamaları ve ardından bu olumsuz sonuçları tedavide listelemelerinde olduğu gibi, tedavinin başlangıç çabaları kişileri içki içme örüntülerinde değişime ikna etmeye odaklanır. Michael'ın içki içmesinin ulusal normlardan ne kadar farklılaştığı ile ilgili geri bildirim vermek de bu sürecin bir parçasıydı.

Kişi tedaviyi kabul ettikten sonra, birçok seçenek söz konusudur. Hastaneler detoksifikasyon, süpervizyon eşliğinde alkolden yoksun bırakma ve çeşitli grup terapileri ve bireysel terapi imkânları sağlamaktadır. Benzodiazepinler, alkolün geri çekilme belirtilerini düzenlemek için kullanılmaktadır (Myrick ve Anton, 2004). Ancak, sosyal destek kaynağı az olan ve başka psikolojik problemleri olan kişiler dışında, hastane tedavileri

ayakta terapiden daha üstün görünmemektedir (Finney ve Moos, 1998). Disülfiram ve naltrekson isimli iki ilaç, nüksetmeyi engellemek amacıyla kullanılmaktadır (Myrick ve Anton, 2004). Disülfiram, alkol ile etkileşime girerek hoş olmayan yan etkiler yaratmaktadır; böylece kişi eğer içki içerse hasta hissetmektedir. Ancak, hastalar genellikle bu etkiden kaçınmak için disülfiramı tavsiye edilen şekilde almayacaklardır. Naltrekson içki içme isteğini azaltabilmektedir, ama nüksü önlemede belirli bir dereceye kadar etkili olmaktadır. Araştırmacılar, alkol isteğini kontrol edebilmek için, depresyonu tedavi eden ve invazif olmayan bir tedavi yöntemi olan tekrarlayan transkranyal manyetik stimülasyon (rTMS) ile araştırmalar yapmaktadır. rTMS ile plaseboyu karşılaştıran bir araştırmada, rTMS'nin alkol içme isteğinde ortalama miktarda azalmaya sebep olduğu bulunmuştur (Mishra, Nizamie, Das ve Praharaj, 2009). Alkol bağımlılığı olan kişilerde depresyon ve anksiyetenin psikofarmokolojik tedavisini de göz önünde bulundurmak önemlidir çünkü bu durum, alkol probleminin tedavi başarısını arttırmaktadır (Mann, 2004). Fakat depresyonun tek başına tedavisi, kişinin alkol problemini iyileştirmemektedir (Nunes ve Levin, 2004). Tedavinin ardından nüks en sık karşılaşılan sonuçtur; bu sebeple, kişilere hassasiyetlerini tahmin etmekte ve kontrol etmekte yardımcı olmak ciddi derecede önemlidir (Witkiewitz ve Marlatt, 2007). Bazı kişiler hiç tedavi almadan kendi başlarına iyileşebilseler de, tedavi alan kişiler görünür biçimde daha iyi ilerlemektedir (Cohen ve ark., 2007).

En sık görülen tedavi tipi AA'dır (Cohen ve ark., 2007). Düzenli toplantılarda, yeni üyeler alkolik olduklarını ilan eder ve eski üyeler içki problemleri ile ilgili anılarını ve alkolü bıraktıktan sonra hayatlarının nasıl yola girdiğini anlatırlar. Grup duygusal destek, anlayış ve soyutlamadan kurtaran sosyal bir yaşam sağlar. Din ile ilgili vurgu vardır; 12 adımdan biri, "İrademizi ve hayatımızı Tanrı'nın bakımına teslim etmek için karar ver"dir. Üyeler arkadaşlık için ya da nüksü engellemeyi destek için birbirlerini arama konusunda yüreklendirilir. AA, alkolizmi hiçbir zaman tedavi edilemeyen bir hastalık olarak görür. İçkiden tamamen uzak durmak gereklidir, çünkü bir tek içkinin tamamen geri dönüşü tetikleyeceğine inanılır. AA, ücretsiz ve hafta sonları ve geceleri bile yaygın olarak ulaşılabilen (Kelly, Magill ve Stout, 2009) etkili bir tedavidir (Gossop ve ark., 2003; Kahler ve ark., 2004). Erkeklerle yürütülen boylamsal bir çalışmada, Vaillant (2003) AA katılımının içkiden tamamen uzak kalmayı sürdürebilmeyi yordadığını bulmuştur.

Dr. Lawton ile olan tedavisinin ardından, Michael AA'nın birçok özelliğine sahip olan ama dinsel bileşenleri olmayan ve içkiden tamamen uzak kalmayı vurgulamayan yerel bir gruba katılması konusunda desteklenmişti. Ülke çapında artık benzer birçok grup bulunmaktadır (Rasyonel İyileşme gibi). Ayaktan grup terapisi de içki içmeyi azaltmada etkilidir. Litt, Kadden, Cooney ve Kabela (2003) bilişsel-davranışçı terapinin ve hastanın ilişki örüntülerine odaklanan etkileşimli grup terapisinin, 18 ay sonra bile belirgin kazanımlar sağladığını bulmuşlardır.

Michael'ın aldığı tedavi, ortalama içki içmeyi terapi hedefi olarak ilk kez ele alan ve etkinliğini kanıtlayan Sobells'in (1976) çalışmalarına dayanıyordu. Hastalar, normalde aşırı derecede içecekleri durumlara uyumlu bir şekilde karşılık vermeyi öğrenirler. Sosyal beceri, gevşeme ve girişkenlik eğitimleri (özellikle içkiyi reddetme konusunda)

tedavinin parçaları olabilir. Diğer stratejiler egzersizi arttırmayı, içkiyi hatırlatan ipuçlarının azaltılmasını (ör., bir barın yanından geçmeyen yeni bir yoldan eve gitmek), büyük yudumlar yerine minik yudumlar ile içmeyi, içkiler arasına aralıklar koymayı içermektedir. Marlatt'ın (1985) öncülüğünü yaptığı nüks önleme de bir bileşendir. Michael'da yapıldığı gibi nüks ile arada sapmalar arasındaki ayrım yapılır. Arada sapmaların, tamamen bir nükse işaret etmeyeceği hastalara öğretilir. Arada sapmalar, savaşın kaybedildiğinin sinyali olarak değil, öğrenme deneyimi olarak görülmelidir. Tedavi sağlayıcıların hakim görüşü olan, içkiden tamamen uzak kalmayı hedefleyen tedavi şeklini savunanlar ile kontrollü ya da ortalama içki içmeyi asıl hedef olarak göz önünde bulunduranlar arasında sıklıkla güçlü bir görüş ayrılığı olmuştur. İçkiden tamamen uzak kalmanın geçerli tek hedef olarak kabul edilmesi, gelecekteki hastaları uzaklaştırabilir ve bazıları için başarması zor olabilir; hastalar tükettikleri alkol miktarını azaltmalarına rağmen durum, tedavinin başarısız olarak görülmesiyle sonuçlanabilir (Gastfriend, Garbutt, Pettinati ve Forman, 2007). Tüketilen alkol miktarındaki azalma intihar ya da aile içi şiddet gibi olumsuz sağlık ve sosyal yaşam sonuçları riskini azaltır. Alkolden tamamen uzak durma en iyi sonuç olsa da, her danışan için uygun olmayabilir.

Bu vaka mutlu son ile sonuçlanmadı. Michael'ın ölümcül kalp krizi, muhtemelen kronik içki içme problemiyle kötüleşen yüksek tansiyonu ile ilişkiliydi. Ayrıca stres de kan basıncını yükseltmede rol oynamaktadır ve Michael hem işi hem evliliğiyle ilgili, kesinlikle çok fazla stres yaşıyordu.

Tartışma Soruları

1. Terapistin içkiden tamamen uzaklaştırma yerine kontrollü ya da ortalama miktarda içki içmeyi savunması ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Dr. Lawton içkiden tamamen uzak kalmasını destekleseydi, sizce Michael içki içmeyi bırakmada daha başarılı olabilir miydi?
2. Aşırı alkol tüketimini destekleyen bazı sosyal ya da kültürel gruplar hangileridir? Bunu yapmanın riskleri nelerdir? Hangi gruplar alkol tüketimini desteklememektedir?
3. Alkol kullanım bozukluğunun sağlık açısından ve sosyal açıdan riskleri nelerdir ve bozukluk nelere mal olmaktadır? Bizim toplumumuz sizce bu probleme nasıl yaklaşmaktadır? Daha fazla yapmamız gereken şeyler var mıdır, yoksa toplum bu konuya fazla mı dâhil olmaktadır?
4. İçki içme problemi birbiriyle etkileşen birçok sebep ile oluşan karmaşık bir bozukluktur demek, ne anlama gelmektedir? Bunun oluşabileceği yollara örnekler nelerdir?

BÖLÜM 20*

Paranoid Kişilik Bozukluğu

Bu vaka klinik deneyime değil, kişisel deneyime dayanmaktadır. Joe Fuller kısa bir süredir tedavideydi, ama Joe ilişkiyi terapi planında formüle edilenden daha önce sonlandırdı. Bu örüntü, bu tip bireylerin özelliğidir; paranoid olan bireyler nadiren profesyonel yardım ararlar ve yardım aldıklarında çalışılması zordur. Yazarlardan biri, Joe ile lise ve üniversitede yakındı ve takip eden yıllarda iletişim içindeydi.

Sosyal Geçmiş

Joe, dört kardeşten üçüncüsüydü. Babası ısıtma döşemecisiydi ve annesi ev hanımıydı. Aile büyük bir kuzeydoğu şehrinde, alt-orta sınıf bir muhitte yaşadı. Joe ile ilgili ilk bilgilerimiz, onun lise yıllarından gelmektedir. Kardeşlerinden farklı olarak, Joe son derece parlak bir öğrenciydi. Ortaokuldaki ve giriş sınavındaki performansına dayanarak, prestijli bir devlet lisesine kabul edildi. Okul akademik üstünlüğü ile tanınmıştı. Mezunlarının yüzde 90'dan fazlası üniversiteye gidiyordu; birçoğu Ivy Lig (Amerika'nın en iyi sekiz üniversitesinin oluşturduğu birlik) okullarına gidiyordu. Aşırı baskı sebebiyle okul *düdüklü tencere* olarak da biliniyordu. Tüm öğrencilerin çok yüksek standartlara ulaşması bekleniyordu; başarısız olanlar yaşıtları tarafından aşağılanıyordu. Joe, entelektüel olarak rekabetçi olan bu ortamda başarılı oldu. Fen başta olmak üzere, derslerinde en yüksek sınav sonuçlarını aldı. Bu başarılar zekâsının ve çalışkanlığının ortak ürünüydü. Joe açık bir şekilde çok parlaktı, ama bu okuldaki çoğu öğrenci de öyleydi. Joe başarma isteği ile hareket eden ciddi bir öğrenciydi. Öğrencilerin birçoğunun sınavlar hakkında endişeli olmasına ve birbirleriyle başarısızlık korkuları ile ilgili konuşmalarına rağmen, Joe'dan özgüven yayılıyordu. Öğretmenlerinin ve diğer öğrencilerin kendisini en iyi öğrencilerden biri olarak gördüğünü biliyordu; "iyi notlar alamayan" öğrenciler ile ilgili sıklıkla şakalar yapıyordu. Bu eleştirel tavrı,

*Çeviren: Dr. Derya Gürcan Yıldırım

sadece diğer öğrenciler ile sınırlı değildi. Ne zaman bir öğretmen derste bir hata yapsa, Joe ilk gülen oluyordu ve art niyetli bir yorum yapıyordu. Sınıf arkadaşları da Joe ile birlikte gülüyorlardı, ama aynı zamanda Joe'yu kendilerinden ayıran alaycı ve küçümseyen tavrını da fark ediyorlardı.

Joe, "başkalarını eleştirir ama kendisinin eleştirilmesinden hoşlanmaz" eleştirisinin klasik bir örneği idi. Eleştiriye karşı aşırı derecede hassastı. Eleştirinin doğru ya da savunulabilir olması önemli değildi; Joe en ufak bir kışkırtmada misilleme yapmaya hazırdı. Özellikle matematik ve fen derslerinde olmak üzere, sınavlarla ilgili sonsuza dek tartışabilirdi. Sınavdan "A" almış olsa dahi, herhangi bir cevabından puan kaybetmişse, cevabının doğru olduğuna, sorunun kötü yazıldığına ya da öğretmenin konuyu sınavdan önce yeterince iyi anlatmadığına dair ısrar ederdi. Kendisinin hatalı olduğunu hiçbir zaman kabul etmezdi.

Hassasiyeti kişiler arası ilişkilerinde de görülmekteydi. Çoğu kişi kendisine gülebilir, ama Joe bunu yapamazdı. Özellikle, aile geçmişi onun bam teliydi. Okuldaki öğrencilerin birçoğu varlıklı ailelerden geliyordu. Aileleri, çoğunlukla yüksek dereceleri olan profesyonellerdi. Babasının örgün eğitim eksikliği ve ailesinin büyük ve modern bir evde yaşamıyor olması ile ilgili içine kapanık görünüyordu. Bunu hiçbir zaman açıkça itiraf etmedi, ama konu sıklıkla kavgalara sebep oldu. Bir sonraki örnek, bu durumun tipik bir örneğiydi. Joe derste kimya sınavından aldığı notu ile ilgili tartışıyordu. Dersten sonra, öğrencilerden birinin bir arkadaşına "Bazı insanların her şey için neden bu kadar çok çalışmak zorunda olduklarını bilmiyorum." demesine kulak misafiri oldu. Çocuğun babası başarılı bir iş adamıydı. Joe bu yorumu, ailesinin çok parası olmamasını telafi etmeye çalıştığı ima ediliyormuş gibi algıladı. Bu ima edilen hakaret, Joe'nun agresif davranışı ile ilgili basit bir yorum olsa da olmasa da, Joe'yu çok kızdırdı. İki gece sonra, tüm herkes okul basketbol maçını izlerken, Joe gizlice park yerine gitti ve diğer çocuğun arabasının benzin deposuna, motoru bozmak için şeker döktü.

Joe organize edilen sporlara ya da öğrenci organizasyonlarına katılmıyordu ve grup aktivitelerinden kaçınma eğilimindeydi. Kendisinin küçük bir grup arkadaşı vardı ve özellikle diğer iki çocuğa yakındı. Onlar, Joe'nun entelektüel olarak kendisine eşit olarak değerlendirdiği ve güvenebildiği ender kişilerdi. Kadınlara ilgi duyuyordu, ama kadınlara karşı davranışları ve onlarla olan etkileşimi, arkadaşları tarafından garip olarak görülüyordu. Bağımlılık ve kontrol konuları, Joe için asıl öneme sahip konular olarak görünüyordu. Ne zaman arkadaşlarından biri, bir kız ile çok vakit geçirse ya da arkadaş grubu yerine bir kızla dışarı çıksa, Joe onu güçsüz ve "kontrolü kaybetmiş" olmakla suçluyordu.

Joe'nun aynı kadınla iki kez buluşması çok nadir oluyordu. Joe sıklıkla buluştuğu kızın garip ve sıkıcı olduğunu iddia ediyordu, ama gerçek şuydu ki, Joe teklif etse bile çoğunluğu onunla bir başka randevuya çıkmayacaktı. Joe'yu kaba ve kibirli buluyorlardı. Joe arkadaş olmakla ilgilenmiyordu; tek amacı, cinsel bir zafer kazanmaktı. Sıklıkla kadınlarla seks yapmakla ilgili böbürleniyordu, ama en yakın arkadaşları Joe'nun hâlâ bakir olduğundan şüpheleniyorlardı.

Joe liseden mezun olduktan sonra, kimya alanında uzmanlaştığı ve ilk iki yılı boyunca aralıksız olarak A ortalamasını koruduğu Ivy Lig üniversitelerinden birine kayıt oldu. Her zaman çalışıyor görünüyordu; arkadaşları onu işkolik olarak tanımlıyordu. Yaptığı her şey zihnini meşgul ediyordu. Eğer bir ders için çalışıyorsa, o konuya gece gündüz, haftanın 7 günü konsantre oluyordu. Eğer bir laboratuvar projesine dâhil olursa, hemen hemen laboratuvarda yaşıyordu. Eğlenme ve dinlenme programında yer almıyordu. Boş zamanı olsa bile, Joe'nun eğlendiği sadece birkaç boş zaman aktivitesi vardı. Hiçbir zaman atletik olmamıştı, hatta biraz hantaldı. Herhangi bir şeyde kaybetmekten nefret ediyordu ve beceriksiz olduğu için alay edilmekten korkuyordu, bu sebeple spor yapmaktan tamamıyla kaçınıyordu.

Joe'nun bir kadınla ilk düzenli ilişkisi ikinci sınıfta iken başladı. Carla, New York'un merkezden uzak kısmında bulunan küçük bir sosyal bilimler üniversitesinde öğrenciydi. Carla, New York şehrindeki arkadaşlarına ziyarete geldiğinde, gittikleri küçük bir partide Joe ile tanıştılar. Birkaç hafta sonra, Joe hafta sonunu Carla ile birlikte geçirmek için onun yanına gitti. Bahar dönemi boyunca ayda bir ya da iki kez birbirlerini görmeye devam ettiler. Joe'nun bakış açısından, bu tam ideal ilişkiydi. Carla'dan hoşlanıyordu; Carla, Joe'nun sarkastik ve neredeyse acı espri anlayışını paylaşıyordu ve cinsel açıdan uyumları iyiydi. Belki de en önemlisi, Carla'nın aynı şehirde olmaması, Joe'nun çok fazla zamanını talep etmemesi ve program ve aktivitelerini kontrol etmeye çalışmaması anlamına geliyordu.

Birkaç ay sonra Carla, Joe'ya başka bir erkek arkadaşı olduğunu söylediğinde ilişki sona erdi. Joe şok olmuş ve sinirlenmiş olsa da, sakin ve mantıklı görünmek için tüm gücünü kullandı. Özellikle tepki vermesi beklendiğinde, duygusal tepkilerini göstermeme becerisiyle her zaman gurur duymuştu. Joe arkadaşları ile durumu tartışırken, Carla'yı hiçbir zaman gerçekten önemsemediğini ve sadece vücuduna ilgi duyduğunu savundu. Buna rağmen, şüphesiz öç alma ile ilgileniyordu. İlk planı onu geri kazanmaktı; böylece durumu tersine çevirip onu terk edebilecekti. Büyük olasılıkla bu durum herkese ilişkinin kontrolünün Carla'da değil, onda olduğunu gösterecekti. Bu çabası başarısız olduğunda, Carla'nın önüne gelen ile cinsellik yaşayan biri olduğuna dair dedikoduları yaymak ile yetindi.

Carla ile ayrıldıktan sonra, Joe laboratuvar çalışmalarına daha fazla gömüldü. Günlerce ortalıktan kaybolabiliyor ve herhangi bir arkadaşını çok nadir görüyordu. Yürüttüğü deneyler, görünüşe göre kendi fikirlerine dayanıyordu. Kendisine görev verilen işleri ya da rutin çalışmalarını aksatıyordu; sonuç olarak, akademik başarısı düşmeye başladı.

Carla ile olan deneyim, Joe'nun kadınlara karşı olan kuşkulu tavrının artmasına sebep oldu. Joe, Carla'nın davranışını hain ve hilekâr olarak tanımladı ve bu reddedilmeyi özellikle kadınlar olmak üzere kimseye güvenilemeyeceğine dair bir kanıt olarak algıladı. Başka kadınlarla randevulara çıkmaya devam etti, fakat kadınların niyetleri ile ilgili aşırı derecede kuşkucuydu ve diğer erkeklere olan ilgilerine karşı aşırı derecede kıskanç davranıyordu. Bir keresinde, derslerinden birinde tanıştığı bir kadın ile birlikte bir partiye gitti. Partiye birlikte gittiler, ama kadın başka erkek arkadaşları ile sohbet ettiğinde, Joe onu görmezden gelmeyi tercih etti. Ardından, bir başka erkekle daha konuş-

tuğunu fark ettiğinde, kaba ve saldırgan davranmaya başladı. Kadını aşağıladı, giydiği kıyafetler ve makyajı ile ilgili şakalar yaptı ve arkadaşının eşcinsel olduğunu ileri sürdü. Tahmin edilebileceği gibi, birbirlerini bir daha hiç görmediler. Başka bir zaman, bir kadın ile randevuya çıktıktan sonra, kadının evinin önüne arabasını park ederek arabanın içinden evin girişini, arkadaşlarından herhangi birinin daha kadın ile görüşüp görüşmediğini anlayabilmek için iki gece boyunca gözetledi.

İlerideki Uyum

Lisans derecesini aldıktan sonra, Joe biyokimya alanında lisans sonrası çalışmaları için aynı üniversitede kaldı. Çok çalışmaya devam etti ve bölümdeki en çok gelecek vadeden öğrencilerden biri olarak görülüyordu. En iyi işlerini bağımsız araştırmalar yapmasına izin verilen laboratuvarda gerçekleştirdi. Derslerdeki performansı ise daha çok bir problemdi. Joe ne yapması gerektiği ya da ne okuması gerektiği söylendiğinde sinirleniyordu. Fakülte üyelerinin çoğunluğunun, onun zekâsını kıskandığına inanıyordu. Genellikle zaman kaybettirici, oldukça yapılandırılmış okuma listelerini ve laboratuvar ödevlerini, Joe profesyonel gelişimini engellemeyi amaçlayan çabalar olarak algılıyordu.

Lisans sonrası eğitiminin ikinci yılında, Joe lisans eğitimine devam eden ve kendi çalışma şubesinde olan bir kadın ile görüşmeye başladı. Ruth her açıdan sıradandı. Arkadaşları onu düz, sıkıcı ve çekingen olarak tanımlıyordu. Joe'nun ona ilgi göstermesine bile şaşırmışlardı, ama geçmişe bakıldığında, onu Joe için mükemmel yapan genel bir özelliği vardı—hiçbir şekilde tehdit oluşturmuyordu. İlişkideki tüm kararları Joe veriyordu, Ruth onun tüm istek ve heveslerine razı oluyordu. Diğer erkekler onunla ilgilenmiyordu. Aslında, onu çok nadiren fark ediyorlardı; böylece Joe terk edilme ihtimaline karşı sürekli alarmda olmak durumunda kalmıyordu. Birbirlerini mükemmel bir şekilde tamamlıyorlardı ve bir yıl içerisinde evlendiler.

Joe'nun doktorasını tamamladıktan sonraki ilk işi büyük bir ilaç firmasında araştırmacı kimyagerlikti. İlk başta, ideal bir pozisyon gibi görünüyordu. Joe'nun temel biyokimyasal araştırmaları, kısmen tek başına yapması bekleniyordu. İş ile ilgili entelektüel yeterliği hakkında hiçbir soru işareti yoktu ve üretkenlik ile yakından bağlantılı olan, uzun saatler çalışma isteği yükselmesine yardımcı olabilirdi. Joe hızlıca terfi ettirilmeyi bekliyordu ve 5 yıl içerisinde bölümün başkanı olacağından emindi.

Joe şirketin laboratuvarında çalışmaya başladığında, hızlıca tüm çalışanları ve çalışanların kendi pozisyonu ile olan ilişkisini değerlendirdi. Laboratuvarda, kendisi gibi genç, doktora mezunu birkaç kişi, üç süpervizör ve kıdemli üst düzey bir araştırmacı olan, laboratuvarın başkanı Dr. Daniels, vardı. Joe, Dr. Daniels'a hayrandı ve onu etkilemek istiyordu. Genç meslektaşlarını çok fazla düşünmüyordu ve kendisinden entelektüel olarak aşağıda olduğunu düşündüğü süpervizörlerinden pek hoşlanmıyordu. Onların yetkin bilim insanı oldukları için değil de, "evet-efendimci" oldukları için terfi ettirildiklerine inanıyordu. Genellikle, süpervizörleri ile ilgili şikâyetlerini akranlarına anlatıyordu ve bazen hatalarına

açıkça gülüyordu. Joe'dan belli bir deneyi yapmasını istediklerinde, özellikle görev sıkıcı ise, kibirli ve kızgın oluyor, ama genellikle isteği yerine getiriyordu. Yaptığı işin kalitesinin, daha bireysel çalışmasına izin verebilecek olan Dr. Daniels tarafından fark edilmesini umuyordu. Ancak, Dr. Daniel'ın onayını kazanma çabası içinde fazlaca itaatkâr olduğunu diğerlerinin fark edeceğinden de endişeleniyordu. Gittikçe daha çok kendini gözlemler hâle geldi ve laboratuvardaki diğer kişilerin küçümseme ve reddetme işaretlerine karşı devamlı tetikte idi. Diğerleri, onu gittikçe katı ve savunmacı olarak görmeye başlamışlardı ve sonunda grubun geri kalanından izole oldu. Onların reddetmelerini, profesyonel kıskançlıklarının kanıtı olarak yorumladı.

Joe'nun ilk çalışmaları bir miktar dikkat çekti ve ona projelerinin seçimi konusunda daha fazla bireysellik tanındı. Depresyonun nörokimyasal temeli ile ilgileniyordu ve birkaç ayını kendi teorisine özgü detaylara yönelik, bir seri hayvan deneyi yaparak geçirdi. Çok az kişi, ne yaptığını biliyordu. Dr. Daniels dışındaki herhangi biri ile araştırmayı tartışmayı reddediyordu. O zaman bile, yöntemsel detayları açıklamaktan kaçınmaya dikkat ediyordu. En önemli kaygısı diğer kişilerin onun fikirleriyle takdir alma ihtimaliydi. Dr. Daniels'ı etkilemek istiyordu ama Dr. Daniels'ın işini elinden almayı da istiyordu. Bunu yapmanın en hızlı yolu, laboratuvarda tek başına takdir alacağı büyük bir buluş yapmaktı.

Dr. Daniels ve diğer süpervizörler Joe'nun olağanüstü akıllı ve yetenekli, kendini işine adamış bir bilim insanı olduğunu fark ediyorlardı. Onun şirketteki hızlı çalışmasını beğeniyorlardı, ama işi bireysel olarak yürütüyor olmasından hoşnutsuzlardı. Bu tarz bir araştırmanın hızlı ve pratik katkıları olamazdı ve yakın gelecekte ticari sonuçlara yol açabilmeyi vadetmiyordu. Sonuç olarak, Joe'ya çalışmasının kabul edilebilir olmadığı ve daha yakından süpervize edildiği şekilde çalışmaya dönmesi söylendi.

Joe'nun bu eleştiriye karşı tepkisi, açık bir şekilde düşmanca idi. Şirket yönetimindeki embesillerle ilgili acı bir şekilde yakındı ve artık, onların kıskançlıklarına ve salaklıklarına katlanmayacağına yemin etti. Birinin fikirlerini öğrendiğinden ve Dr. Daniels ve diğerlerinin, onu şirketten uzaklaştırmaya çalıştıklarından emindi; böylece ona hakkını teslim etmeden teoriyi yayımlayacaklardı. Joe'ya göre, çalışmasını bırakması ve sıradan görevlere dönmesi konusundaki ısrarları, onun çalışmalarını yavaşlatmak istemelerine ve böylece en önemli deneyleri kendilerinin tamamlayacağına dair bariz bir kanıttı. Joe'nun paranoid düşünceleri oldukça dikkat çekti. Diğer kişiler ondan uzaklaşmaya başladı ve Joe bazen kendisine kaygılı gözlerle bakıldığını hissetti. Bu tepkilerin kendi düşmanca davranışları sebebiyle olduğu aklına gelmiyordu. Bu davranışları, tüm laboratuvarın kendisine komplo kurmasının diğer kanıtları olarak değerlendiriyordu. Gerginlik daha da arttıkça, Joe hayatı için endişelenmeye başladı.

Durum kısa sürede tahammül edilemez bir hâl aldı. Firmadaki 3 yılının ardından, Joe'ya istifa etmek zorunda olduğu söylendi. Dr. Daniel, eğer ayrılmaya karşı çıkmazsa, Joe'ya başka bir pozisyon bulabilmesi için referans mektubu yazmayı ka-

bul etti. Joe işi için olan savaşında ona yardımcı olması için bir avukat tutmayı düşündü, ama kendisine karşı yürütülen komplonun kazanamayacağı kadar büyük olduğuna ikna oldu. Ayrıca güvenebileceği bir avukat bulabilme konusunda da ciddi şüpheleri vardı. Bu sebeple, başka pozisyonlara başvurmaya karar verdi ve sonunda büyük bir üniversitede, bir fakülte üyesinin yanında araştırma görevlisi olarak işe başladı.

Yeni pozisyon, birçok açıdan ciddi bir kariyer düşüşü idi. Maaşı ilaç firmasındakinden ciddi derecede düşüktü ve pozisyonun çok daha az itibarı vardı. Joe'nun akademik yeterliliğinde ve deneyiminde olan herhangi biri çok daha iyi yapabilmiş olmalıydı, ama o araştırmalarının hiçbirini yayınlayamamıştı. Profesyonel başarısının olmamasının, ilaç firmasındaki kıskanç ve yetersiz yöneticilerin müdahalesi ile ilgili olduğuna ikna olmuştu. Daha akla yatkın açıklama ise, çalışmalarının hiçbir zaman yayınlanabilir şekle ulaşmamasıydı. Fikirleri ilginç olsa da ve laboratuvar teknikleri başarılı olsa da, Joe çalışmasının iki bölümünü kesinleşmiş sonuçlar üretecek şekilde bağlantılandıramamıştı. Joe ayrıca mükemmeliyetçi idi. Çalışmanın sonuçlarından hiçbir zaman tatmin olmayarak, tekrar tekrar takip araştırmaları yapma konusunda ısrar ediyordu ve en ufak bir işi sonlandırmayı göz önünde bulunduracak noktaya gelemiyordu. Profesyonel bir dergiye makale başvurusu yapma ve reddedilme düşüncesi aşırı derecede kaygı uyandırıcıydı. Böylece, fark edilen parlaklığına ve birkaç yıllık dikkatli araştırmalarına rağmen, Joe araştırma görevliliği işinden daha iyisini elde edememişti.

Joe, kısmen ona göre daha düşük bir iş olduğu için ve de ilaç şirketinde olduğundan daha da fazla yapılandırılmış olduğu için, yeni işi sevmemişti. Tüm deneylerin önceden planlandığı bir araştırma projesinde çalışıyordu. Kariyerini mahveden kişilerle ilgili sürekli şikâyet etmesine ve yeni işe karşı ilgisiz olmasına rağmen kaliteli iş yapıyordu ve laboratuvardaki diğer kişilerce tolere ediliyordu. Maaş Joe ve Ruth için çok önemliydi çünkü, artık 2 yaşında olan küçük bir kızları vardı. İşin Joe'nun ilgisini çeken başka özellikleri de vardı. İşin çoğu planlıydı, ama kendi fikirlerini gerçekleştirebilmesi için boş zamanlarında laboratuvarı kullanmasına izin veriliyordu. Aktif bir araştırma programıydı ve bölümde, birçok ünlü fakülte üyesi bulunmaktaydı. Joe, özellikle patronu Dr. Willner olmak üzere bu kişilerin yakında yeteneğini fark edeceklerine ve sonunda fakültede bir pozisyona geçebileceğine inanıyordu.

İşler Joe'nun planladığı gibi gitmedi. Üniversitede 1 yıl çalışmasının ardından, Dr. Willner Joe'dan bireysel araştırmalarını sonlandırmasını istedi. Bu deneylerin çok pahalı olmaya başladığını ve finanse edilmiş olan ana araştırmanın daha fazla zaman gerektireceğini açıkladı. Joe, potansiyel çalışmalarına engel olmak için üretilmiş bariz bir mazeret olarak gördüğü bu açıklamayı kabul etmedi. Joe, Dr. Willner'ın Joe'nun ilerlemesini dikkatle takip ettiği hâlde, ilgilenmiyormuş gibi göründüğüne inanıyordu. Hatta, Joe bu engellemeyi, Dr. Willner'ın Joe'nun araştırmasının yeni bir buluşun eşiğinde olduğuna inanmasının işareti olarak yorumluyordu. Joe imkân buldukça bireysel olarak çalışmaya devam etti ve fikirleri ile ilgili daha

da gizemli hâle geldi. Bu gelişmelerden birkaç hafta sonra, Dr. Willner işe başka bir araştırma görevlisi daha aldı ve Joe'dan ofisini yeni kişi ile paylaşmasını istedi. Joe, tabi ki yeni kişinin onun araştırmasına casusluk yapması için işe alındığına ve ofisine yerleştirildiğine inandı.

İşteki gerginlik artarken, Joe'nun Ruth ile ilişkisi de ciddi bir şekilde gerilimli olmaya başlamıştı. Hiçbir zaman yakın ve sevgi dolu bir ilişkileri olmamıştı ve şimdi ise apaçık geçimsizliğin eşiğindeydiler. Ruth, Joe'nun küçük olaylara aşırı tepkiler verdiğini fark ediyordu. Bir kez daha işini kaybetmesini istemiyordu. Bu olayları daha objektif bir açıdan görebilmesine yardımcı olabilme çabasıyla Joe ile mantıklı olarak konuşmaya çalışıyordu. Bu konuşmalar tartışmaya yol açıyordu ve Joe, sonunda onu düşmanları ile iş birliği içerisinde olmakla suçladı. İlaç şirketindeki ve üniversitedeki kişilerin, Joe'nun fikirlerini çalmak ve ondan kurtulmak için Ruth'u kendilerine yardım etmeye ikna ettiklerini iddia etti. Joe daha paranoid ve kavgacı oldukça, Ruth kendisinin ve kızının güvenliği ile ilgili korkuyordu. Sonunda kızını yanına alarak, ailesiyle birlikte yaşamaya başladı ve boşanma işlemlerini başlattı. Joe'ya göre, Ruth'un onu terk etmesi, başından beri komplonun bir parçası olduğuna dair kanıtları güçlendirdi.

Ruth gittikten iki hafta sonra, Joe panik ataklar yaşamaya başladı. İlki işten eve doğru araba kullanırken oldu. Arabada yalnızdı, yol tanıdıktı ve trafik çok da sıkışık değildi. Hava serin olmasına rağmen, Joe çok terlediğini fark etmişti. Elleri ve ayakları karıncalanmaya başlamıştı ve kalbi düzensiz atıyor gibiydi. Baş dönmesi ve bayılacakmış hissi başlayınca arabayı kenara çekti ve durdu. Gömleği terden sırılsıklam olmuştu ve hızlı ve zor nefes alıp veriyordu. O an boğulacağını sandı. Tamamıyla, dehşet verici bir deneyimdi. Belirtiler ortaya çıktıkları gibi hızlı bir şekilde kayboldu; 10 dakika içerisinde yola tekrar çıkabildi ve eve sürdü. 2 hafta içerisinde üç kez bu durumu yaşadı ve sağlığıyla ilgili çok endişelendi, doktorlara olan güvensizliğini yendi ve muayene için randevu aldı.

Doktor herhangi bir tıbbi rahatsızlık bulamadı ve Joe'ya anksiyetesiyle ilgili psikiyatriste danışmasını tavsiye etti. Joe, bir psikiyatristin kendisine yardımcı olabileceğine isteksizce razı oldu ve Dr. Fein ile bir randevu ayarladı. Dr. Fein ile iletişiminde, paranoid düşünceler konusu ortaya çıkmadı çünkü Joe, bunu bir problem olarak görmüyordu. Dahası, Joe diğer insanların kendisini aşırı şüpheci olarak gördüğünü ve akıl hastası olarak değerlendirebileceklerini biliyordu. Bu sebeple, fikirlerini çalma çabaları ile ilgili konuşmaktan dikkatlice kaçındı ve karısını ve eski iş arkadaşlarının dâhil olduğu komplodan bahsetmedi. Sadece panik ataklara neyin sebep olduğunu ve atakları nasıl kontrol edeceğini öğrenmek istiyordu. İkinci seansının ardından, Dr. Fein panik kaygısının tedavisinde de işe yarayan bir antidepresan olan imipramin (Tofranil) kullanmasını tavsiye etti. Bu tavsiye daha sonra ateşli bir tartışmaya dönüşen, duygudurum dengeleyicilerin fizyolojik etkileri ile ilgili detaylı bir konuşmayı başlattı.

Joe, Dr. Fein ile ilgili hayal kırıklığına uğramıştı. Dr. Fein'in problemini (panik ataklar) anladığına inanmıyordu ve Joe'nun kişisel hayatı ile ilgili sorduğu açık uçlu ve derine inen sorulardan nefret etmişti. Dr. Fein, Joe'nun problemini uygun içeriğe yerleştirebilmesini sağlayacak kapsamlı bir değerlendirmeyi tamamlamaya çalıştığına inanıyordu, ama Joe aslında tavsiye istemediği konulardaki mahremiyetinin ihlali olarak gördü. Antidepresan ilaç kullanması beklentisi ise Joe'nun şüphelerini daha da arttırdı. Dr. Fein'e bu ilaç tarafından etkilenen nörolojik mekanizmalarla ilgili sorular sormaya başladı—bu, ilaç şirketindeki araştırmaları sebebiyle son derece aşina olduğu bir konuydu. Bu konuda bariz bir şekilde Dr. Fein'den daha bilgiliydi ve Dr. Fein'in tamamıyla açıklayamadığı bir tedaviyi önermesi sebebiyle yetersiz olduğu sonucunu çıkarmıştı. Joe sonunda konuşmayı, Dr. Fein'e sahtekâr bir doktor olduğunu düşündüğünü söyleyerek bitirdi. Şiddetli bir şekilde ofisten çıktı ve geri dönmedi.

Takip eden 3 ay boyunca, panik ataklar yaklaşık olarak haftada bir olma sıklığında devam etti. Joe panik atak yaşamadığı günlerde bile, sıklıkla fiziksel olarak hasta ve kusacakmış gibi hissetti. Bu artan problemlerle ilgili açıklama ararken ve diğer kişilerin kendisine zarar vermeye çalıştığını düşünürken, sonunda başka bir laboratuvardan bir cihaz ödünç aldı ve çalıştığı laboratuvardaki radyasyon seviyesini ölçtü. Dr. Willner'ın yakın bir zamanda satın aldığı bir teraziden, aşırı derecede yüksek radyasyon yayıldığını iddia etti. Bu, ihtiyacı olan kanıtın son parçasıydı. Dr. Willner, ilaç şirketindeki kişiler ve eşinin dâhil olduğu, kendisine karşı komplo kuran kişilerin, radyoaktif tartıyı onun laboratuvarına yerleştirdiklerine inandı; böylece zamanla radyasyon zehirlenmesinden ölecekti. Bu akıllı komplo onu sarstı. O, laboratuvarda diğer herkesten çok daha fazla zaman geçiriyordu ve çok yüksek dozda radyasyona maruz kalabilirdi. Diğerleri, muhtemelen onları radyasyondan koruyacak özel kıyafetler giyiyorlardı; böylece kendi risklerini daha da azaltıyorlardı.

Joe bu keşfi ile Dr. Willner'ın karşısına çıktı. Beklendiği gibi, Dr. Willner teraziden radyoaktivite yayılımı ile ilgili herhangi bir iddiayı reddetti. Joe'nun bir süre laboratuvardan uzaklaşmasını önerdi. Son zamanlardaki boşanma işlemleri düşünüldüğünde, oldukça stres altındaydı ve dinlenmek faydalı olabilirdi. Joe şimdi de bunun, *suikast girişimi* olarak adlandırdığı şeylerle ilgili kanıtların, komploculari tarafından kaldırılabilmesi için bir hile olduğundan emindi. İzne çıkmayı reddetti ve başkalarının, fikirlerini çalmasına izin vermeyeceğinde ısrar etti. Ertesi gün, resmî bir soruşturma talep etmek için üniversite rektörünün ofisine gitti. Laboratuvarın çeşitli üyelerinin ve üniversite yönetiminden temsilcilerin katıldığı birkaç gayriresmî toplantı gerçekleştirildi. Joe, ayrıca Dr. Willner'ın projesini finanse eden resmî kurum ile de iletişime geçti ve kurum kendi soruşturmasını yürüttü. Bu zaman kaybı olan sürecin sonucu, Joe'nun işini kaybetmesi oldu. Hiç kimse, Joe'ya zarar verecek ya da fikirlerini çalacak bir komplonun kanıtlarını bulamadı. İki soruşturma da, Joe'nun aslı olmayan şüpheleri ile baş etmek için profesyonel yardım almak zorunda olduğu sonucuna vardı.

Üniversiteden ayrıldıktan sonra, Joe taksi şoförlüğü işi buldu. Bu son fiyasko başka bir araştırma pozisyonu bulma şansını bitirmişti. Hiç kimse ona tavsiye mektubu yazmazdı. Elbette, kara listede olduğuna ikna olmuştu ve problemlerinin kendi düşmanca davranışlarından kaynaklanıyor olma ihtimalini göz önünde bulundurmadı. Birçok yönden meslek değişimi, Joe'nun uyumunda olumlu değişimlere yol açtı. Taksi sürmeyi seviyor gibi duruyordu. Diğer taksicilerin uyuduğu gece geç vakitte çalışıyordu; bu sebeple rekabetsiz bir durumdu. Etkileşimde bulunduğu insanlar entelektüel üstünlük algısına tehdit oluşturmuyorlardı. Aslında, taksisine binen kimsesiz ve embesil kişilerle ilgili hikâyeleri arkadaşlarına anlatmaktan oldukça zevk alıyordu. Durumdan oldukça memnundu. Tek başına küçük bir dairede yaşadı, küçük arkadaş grubunu korudu ve taksi şoförü olarak çalışmaya devam etmeyi planladı. Kendisine eskiden yapılan muameleye karşı hâlen kibirli ve kızgındı, ama kimya dünyasındaki statüsünü şehit olarak kabullenmiş görünüyordu. Sürekli tetikte olma ihtiyacı oldukça azalmıştı, çünkü bir laboratuvara erişimi yoktu ve kimse fikirleri üzerine çalışamazdı.

15 Yıl Sonrası

Joe kendine nispeten dengeli bir temelde işlevlerini yerine getirebildiği mesleki ve sosyal bir ortam bulmuştu. Aynı çevrede taksi şoförü olarak yaşamaya devam etti. Hâlâ Ruth'un kendisine ihanet ettiğine inandığı için, onunla iletişim kurmayı hiçbir zaman denemedi. Kızı ile de bir daha iletişim kurmadı. Başkalarına karşı grandiyöz, şüpheci ve sıklıkla kibirli olmaya devam etti, ama durumu artık daha da kötüleşmedi. Aslında, uyumsuz kişilik özelliklerine rağmen gayet iyi işlev gösteriyordu. Küçük, çok da sıkı bağları olmayan arkadaş çevresi ona bir miktar destek ve gösterişsiz ihtiyaçlarıyla uyumlu, yetecek kadar arkadaşlık sağlıyorlardı. Kendisini herhangi bir psikolojik probleme sahip olarak görmediği için, Dr. Fein ile olan kısa görüşmesi dışında bir daha tedavi almadı.

Ruth'un onu terk etmesinin beş yıl sonrasında, yeni bir kız arkadaş ile ilişkiye başladı. Wendy taksi şirketinde görev dağıtıcı olarak çalışıyordu. Eski eşi gibi, sessiz ve utangaçtı—narsisizmi için mükemmel bir tamamlayıcıydı. Wendy, Joe'ya deli gibi aşıktı ve Joe onun için gösteriş yapmayı seviyordu. Joe şirkette çalışan diğer kişilerden, birçok açıdan bariz bir şekilde farklıydı. Aldığı çok az eğitimle Wendy, Joe'nun zekâsından ve dünya ile ilgili bilgisinden kolayca etkileniyordu. Ona karşı aşırı derecede saygılıydı. İş yerinde ona, saatler ve gitmesi planlanan rotalarla ilgili özel ayrıcalıklar gösterilmesine yardımcı oluyordu (sıklıkla şoför arkadaşlarının canını sıkacak şekilde). Wendy harika giden ilişkilerinde, Joe'nun tüm ilgi ve ihtiyaçlarına uyum sağlıyordu. Birkaç ay çıktılar ve sonrasında Wendy, Joe'nun yanına taşındı.

Joe entelektüel merakını ve doğa bilimlerine karşı olan tutkusunu kaybetmedi. Kimya alanındaki teorik konulardan, özellikle çevre kalitesi (su ve hava temini) ile

ilgili olanlar olmak üzere, hâlâ büyüleniyordu. Wendy bu ilgilerini sürdürmesi için Joe'yu destekliyordu ve yalnız kalıp düşünmesi ve bilimsel yazı yazması için ona vakit tanıyor olmaktan mutlu oluyordu. Bu aktivitenin, alışılmadık bir hobi olarak mı, yoksa kıskanç meslektaşları tarafından reddedilmiş ve rahat bırakılmamış aykırı bir akademisyenin çalışmaları olarak mı tanımlanacağı belirsizdi. Joe, kesinlikle ikinci açıklamayı tercih etti. Bir laboratuvara erişimi olmadığı için, çalışmaları tamamıyla teorik yapıdaydı. Bu çalışmaların kalitesi hiç bilinemedi çünkü, hiçbir zaman profesyonel bir dergiye başvuruda bulunulmadı.

Joe'nun büyüklenmeci tavrı, onunla karşılaşan herkes tarafından hâlâ anında anlaşılıyordu, ama kimya laboratuvarında terazi ile ilgili olanlar gibi belirgin paranoid düşünceleri birkaç yıldır remisyon dönemindeydi. Şahsen, mesleki kariyerinin acıklı sonunu entrika dolu laboratuvarın ve mesleki kıskançlıkların ürünü olarak görüyordu, ama artık kafası bu düşüncelerle dolu değildi. Rekabetçi içgüdüleri kontrol altındaydı çünkü entelektüel bir çevrede çalışmıyordu. Özgüveni, artık her gün alandaki diğer kişilerle kendini karşılaştırmanın tehdidi altında değildi.

Joe'nun paranoid düşünceleri beklenmedik bir haber ile aniden alevlenmişti. Bir gün radyoda, kimya alanındaki Nobel Ödülü'nün lisans ve doktora derecesini aldığı üniversitedeki bir profesöre verildiğini duydu. Ödülü alan kişi, bölümde 35 yıldır fakülte üyesiydi ve Joe doktora yaparken, onun tez komitesindeydi. Alanındaki herkes bu kişiyi muazzam başarıları olan bir deha olarak görüyordu. Ayrıca, "aptal insanlarla uğraşmayan" ve düşünceleri ile aynı fikirde olunmadığında sivri bir dille cevap veren bir adam olarak tanınırdı. Diğer komite üyelerinin önünde, Joe'nun doktora tezi planının bir parçasını da eleştirmişti. Sadece yardımcı olmaya çalışıyor olsa da, Joe aşırı derecede öfkelenmiş ve utanmıştı. Bu olaydan beri, Joe profesörü "basit fikirli, hayal gücü olmayan bir şarlatan" olarak tanımlıyordu. Başka hiç kimse bu görüşe katılmıyordu, ama Joe'nun garip fikrini değiştirmeyi başaramadılar. Joe her zaman kıdemli ve aynı zamanda o da Nobel ödüllü olan kendi danışman hocasını bu diğer kişiden çok daha üstün gördü.

Bu haberin en şok edici kısmı, Joe'ya göre, ödülün verildiği çalışmanın konusuydu: atmosfer kimyası. Bu, Joe'nun yıllarca çok ilgili olduğu bir konuydu. Hâlen ilaç şirketinde çalışırken, bu konu ile ilgili iki uzun teorik makale yazmıştı. Joe tahminen ozon tabakası ve Dünya'nın atmosfer tabakasının geleceği ile ilgili devrimci bir teori geliştirmişti. Eğer herhangi biri dinleyecek olursa, fikirlerinin insan ırkının geleceğini çarpıcı şekilde değiştirebileceğine inanıyordu. Ne yazık ki (onun bakış açısına göre), diğer bilim insanlarının çoğu, onun fikirlerinin değerini bilemeyecek kadar aptaldı. Onu anlayabilecek olanlarsa, ona karşı komplo kurmuş olanlardı.

Ödül ile ilgili düşünüp dururken, Joe ilaç firmasındaki işinden ayrıldığı sırada iş bulabilme konusunda çaresizken, bu makalelerin kopyalarını mezun olduğu okulun kimya bölümüne gönderdiğini hatırladı. Başka bir laboratuvara, doktora sonrası po-

zisyon için başvuruda bulunmuştu. Alandaki diğer kişilerle fikirlerini paylaşma konusunda her zaman isteksiz olmuş olsa da, laboratuvar başkanını etkileyebilme ümidiyle bu makalelerin kopyalarını göndermişti. İşe kabul edilmemişti. Tabii ki Joe, profesörün (Nobel Ödülü'nü kazanan) makaleleri ele geçirdiğine, Joe'nun fikirlerini çaldığına ve fikirler onunmuş gibi dahice deneyler yaptığına dair fikir yürüttü. Bir kez daha, Joe aldatıldığına inandı—bu kez dünyanın en prestijli bilimsel ödülü ile.

Ne yazık ki, yapılabilecek çok az şey vardı. Joe acı içinde ve sürekli olarak, hikâyesine inanan, olabildiğince hâlinden anlamaya çalışan ve destek olan kız arkadaşına dertlendi. Doktora dönemindeki arkadaşlarına ya da üniversitedeki eski meslektaşlarına derdini söyleyemeyeceğini biliyordu. Ona daha önce inanmamışlardı ve şimdi de desteklemeyeceklerinden emindi. Joe, olgunlukla üniversiteye karşı herhangi bir yasal şikâyette bulunmamayı tercih etti. Bu durum ile ilgili birkaç hafta oldukça üzüntülüydü, kendi şüpheleri ile ilgili, diğer kişilerin, onun mantık dışı olduğunu düşüneceğini bilecek bakış açısına da sahipti. Bilim dünyasından sürgün edildiği bir hayatı yaşamaya kendini bir kez daha ikna etti.

Tartışma

Kişilik bozuklukları (KB) değişmeyen, farklı durumlarda görülen, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya ya da sübjektif sıkıntıya yol açan davranış örüntüleri olarak tanımlanmaktadır. Bu tepki örüntüleri, uyumsuz sonuçlarına rağmen katı ve kalıplaşmış tarzdadır (Skodol, 2005; South, Oltmanns ve Krueger, 2011). Paranoid kişiliğin ana özellikleri, bir temele dayanmayan şüphe ve başkalarına karşı güvensizliktir. Bu kişilik bozukluğundaki kişiler başkaları tarafından genellikle soğuk, mesafeli ve korunmacı olarak görülürler; haksız olsalar bile suçlanmayı kabul etmek istemezler ve en ufak bir provokasyonda misilleme yapma eğilimindedirler. *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5* (APA, 2013), paranoid kişilik bozukluğunu başkalarının niyetlerine dair şüphe ve başkalarının sadakatine karşı yaygın bir güvensizlik gibi birçok belirti ile tanılanmaktadır. Hayatlarındaki önemli kişileri kendilerine karşı tehditkâr ve düşmanca bir tutum içinde görürler. Paranoid kişi, bu sebeple, başkaları ile bilgi paylaşma konusunda isteksizdir, algılanan bir haksızlığa karşı öfkeyle tepki verir, tehdit edilmiş hissettiğinde intikam alma konusunda hızlıdır. Paranoid kişilik bozukluğu tanısı almak için, kişinin bu belirtilerin en az dört tanesini göstermesi gereklidir. Bu özellikler, uzun süreli kişinin davranışlarının karakteristiği olmalıdır.

Kişilik bozuklukları, *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5*'in içeriğindeki en tartışmalı olan kategorilerdendir (Krueger ve Eaton, 2010; Skodol ve ark., 2011). Anlaşmazlığın bir kısmı, kişilik özellikleri ve davranışın durumsal özgünlüğü ile ilgili bir tartışmadan kaynaklanmaktadır. Sosyal öğrenme kuramcıları, insan davranışının çoğunlukla davranışın oluştuğu ortam tarafından belirlendiğini, içsel kişilik özellikleri ile belirlenmediğini savunmuşlardır. Ancak, kişilik özelliklerinin sınıflandırılmasının,

özellikle ölçümler birkaç gözlemci tarafından yapılmışsa, gözlemciler, değerlendirilen kişiyi iyice tanıyorsa, gözlem birçok farklı bağlamda yapılmışsa, değerlendirme herkes tarafından gözlemlenen boyutlarda yapılmışsa, davranışı yordamada faydalı olduğu kanıtlanmıştır (Funder, 1999).

Kişilik bozukluklarıyla ilgili belirtilmesi gereken bir diğer konu, tanı kategorileri arasındaki örtüşmedir (Grant, Stinson, Dawson, Chou ve Ruan, 2005; Khan, Jacobson, Gardner, Prescott ve Kendler, 2005). Birçok hasta, birden fazla kişilik bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamaktadır. Paranoid kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayan kişiler arasında, en sık görülen eş tanılı bozukluklar şizotipal, narsisistik, sınırda ve kaçıngan kişilik bozukluklarıdır (Bernstein ve Useda, 2007). Bu kategoriler arasındaki geniş çaplı örtüşme, belirli tip kişilik bozukluklarının farklı tipteki anormal davranışları açıklamada en etkili ve anlamlı yol olmayabileceğine işaret etmektedir.

Joe vakası, farklı tiplerdeki kişilik bozukluklarının örtüşmesini örneklemektedir. Paranoid kişilik bozukluğuna ek olarak, Joe ayrıca kendilik değeri ile ilgili grandiyöz algısı ve limitsiz zekâ ve başarı fantezileri ile zihninin meşgul olması belirtilerini içeren narsistik kişilik bozukluğunun *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5* tanı kriterlerini karşılamaktadır. Sadece, diğer öncü bilim insanları tarafından anlaşılabilecek özel bir kişi olduğuna inanıyordu. Kendi entelektüel becerileri ve bilimsel başarıları ile ilgili şişmiş bir benlik algısı vardı. Ayrıca bozukluğun kriterlerinde belirtilen empati ve hak duygusu eksikliğini de göstermekteydi. Bu özelliklere ek olarak, davranışları kibirli ve bazen sömürücüydü.

Ayırıcı tanı ve paranoid kişilik bozukluğuyla ilgili ana konu bu kategori ile hastanın sürekli zarar verici sanrılarının ya da sanrısal kıskançlıklarının olduğu sanrısal bozukluk arasındaki ayrım ile ilgilidir. Paranoid kişilik bozukluğundaki paranoid düşünceler, büyük ihtimalle sanrısal olarak değerlendirilecek ciddiyette değildir, ama bu ayrımı yapmak için kullanılan kriterler tamamıyla net değildir. Yaygın şüphe ve güvensizlik, ne zaman paranoid inanç hâline gelmektedir? İki kategori etiyolojik olarak ayrı olabilir, ancak farklı tedavi gereklilikleri olduğu kanıtlanmamıştır. *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5* (APA, 2013), kategorileri ayrı olarak listelemektedir, ama kategorilerin geçerlik ve güvenirlikleri çözülmemiş soru olarak durmaktadır (Bernstein ve Useda, 2007).

Kişilik bozuklukları, anormal davranışın en yaygın biçimlerinden biri gibi görünmektedir. Ancak, bu iddia için ampirik destek bulmak zordur, çünkü hâlihazırdaki epidemiyolojik bilgiler tutarsızdır. Kişilik patolojilerinin genel yaşam boyu yaygınlığı (en az bir tip kişilik bozukluğuna sahip olma), herhangi bir ruhsal bozukluk için tedavi almayan yetişkin örnekleminde, yüzde 10 ila 12 arasında değişmektedir (Trull, Jahng, Tomko, Wood ve Sher, 2010). Belirli bozukluklar için oranlar bir çalışmadan diğerine, kullanılan değerlendirme prosedürünün çeşidine ve katılımcı örnekleminin hangi yol ile tanımlandığına göre değişmektedir. Yöre halkı ile yapılandırılmış görüşmeler yapan birkaç araştırma, paranoid bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını yaklaşık olarak yüzde 1 olarak raporlandırmıştır (Lenzenweger, 2008).

Takip araştırmaları sanrısal bozukluk ve paranoid kişilik özelliklerinin sıklıkla, zaman içerisinde çok az değişen, uzun soluklu problemler olduğunu ortaya koymuşlardır

(Seivewright, Tyrer ve Johnson, 2002; Stephens, Richard ve McHugh, 2000). Hastaların çoğunda, paranoid inançlar zaman içerisinde daha belirgin hâle gelmektedir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Paranoid düşüncelerin gelişimine dair açıklama getirmeyi hedefleyen birtakım teoriler önerilmiştir (Bentall ve Taylor, 2006; Miller, Useda, Trull, Burr ve Minks-Brown, 2001). Paranoid sanrıların oluşmasına dair bir açıklama, Cameron tarafından önerilmiştir (1959). Cameron, hastaların sanrıları oluşmadan önce kaygılı, korku dolu, sosyal olarak geri çekilmiş ve diğer insanlara güvenme konusunda tereddütlü kişiler olduklarını öne sürmüştür. Bu önerme, paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin başka kişilere göre çocukluklarında anksiyete bozukluğu geçirmiş olma olasılıklarının daha fazla olduğunu öne süren son kanıtlar ile uyumludur (Esterberg, Goulding ve Walker, 2010; Kasen ve ark., 2001). Cameron, sosyal izolasyonun sosyal beceri eksikliğine yol açtığını belirtmiştir. Özellikle, bu hastaların sanrıları başlamadan önceki dönemde, başkalarının motivasyonlarını anlamada diğer insanlara göre daha az becerikli olduklarını iddia etmiştir. Bu nedenle, bu kişilerin başkalarının davranışlarını yanlış anlama olasılığı daha yüksektir ve böyle yaptıktan sonra, bunun hatalı olduğunu gösteren kanıtları ortaya çıkarma konusunda daha az başarılıdırlar. Zaman zaman, çoğumuz başka birinin, gerçekte öyle olmamasına rağmen, bize sinirlendiğini ya da bize zarar vermek istediğini düşünmüşüzdür. Genellikle, bir arkadaşlarımızla olanlar ile ilgili konuşarak hatamızı fark etme noktasına geliriz. Cameron'ın argümanı sanrı dönemi öncesindeki hastaların, insanların davranışları ile ilgili yanlış çıkarım yapma eğilimlerinin çok daha fazla olduğu ve yanlış çıkarım yaptıklarına dair bir örnek verildiğinde, başkaları ile etkileşime geçerek, bu hatayı düzeltme ihtimallerinin de çok daha az olduğuydu. Cameron'ın hipotezine göre, bu döngü paranoid kişinin bir sonraki davranışı ile devam etmektedir. Örneğin; akrabalarının kendisine bir komplo kurduğuna inanan biri, akrabaları çevresinde olduğunda düşmanca ve korunmacı bir tarzda davranacaktır. Karşılığında, onlar da bu sebepsiz düşmanlığa karşı öfkeli ve aksi davranacaktır; bu da paranoid kişinin onu yakalayacaklarına dair orijinal şüphesini onaylayacaktır. Böylelikle, Cameron'ın formülasyonu kişilik özellikleri, sosyal becerileri ve çevresel olayları içeren kompleks bir etkileşimi içermektedir.

Cameron'ın teorisinin birçok birleşeni Joe'nun durumuna uygun görünmektedir. Joe özellikle içe dönük ya da endişeli değildi, ama başkalarına güvenme konusunda tereddütlüydü. "Yalnızlığı seven biri" olma eğilimindeydi ve parti gibi sosyal durumlarda kendini uyumsuz hissediyordu. Cameron tarafından önerildiği üzere, insanlara gülme ve tartışmaları kışkırtma huyları, insanların duygularına ve bakış açılarına karşı hassas olmadığına işaret ediyordu. Belki de en önemli olanı, Joe'nun davranışlarının diğer insanlar üzerindeki etkisiydi. Joe ilk başta kendisi düşmanca ve kavgacı olduğu için, insanların onun hakkında konuşuyor olma ve ondan uzaklaşıyor olma olasılığını, kesinlikle göz önünde bulunduramıyordu.

Colby (1977), en önemli özelliğin utanç ve aşağılanmaya karşı hassasiyetin olduğu paranoid düşünme ile ilgili, bir bilgi-işlemleme görüşü önermiştir. Model özellikle sözlü etkileşime odaklanmaktadır. Kişiler "paranoid mod"daki işlemlemede, büyük

olasılıkla utanç ("benliğin yetersiz olduğu inancının doğruluk değerinde bir artış" olarak tanımlamaktadır) deneyimine sebep olabilecek yorum ya da sorularla ilgili dilsel bilgilere dikkat etmektedirler. Aşağılanma tehdidi ile karşılaştığında, paranoid moddaki kişi, kişisel yetersizliğini inkâr ederek ve başkalarını suçlayarak tepki verir. Teori, paranoyanın düşük özgüven ile ilişkili olduğunu ve paranoid davranış epizotlarının utanç tehdidini (ör., başarısızlık, alay edilme) arttıran çevresel şartlarla tetikleniyor olabileceğini önermektedir. Diğer olumsuz duygular, en belirgin olarak korku ve öfke, tahminen paranoid tepkileri ortaya çıkarmamaktadır. Paranoid olan kişilerin özgüvenin standart ölçümlerinde düşük puan almaları gözlemi bu hipoteze bir miktar destek sağlamaktadır. Dahası, paranoid kişilerle bir süre çalışıldığında, özgüvendeki bir düşüşü, genellikle paranoyadaki ani bir artış takip etmektedir (Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os ve Myin-Germeys, 2008).

Colby'nin modeli, Joe'nun ilaç firmasındaki ve üniversite laboratuvarındaki problemlerine olası bir açıklama sunmaktadır; paranoid yorumları başarısızlığına bir gerekçe sunuyordu. Joe başarılı bir kimyagerdi, ama başarılı ve bağımsız bir araştırma serisi geliştirememişti. Yaptığı işin sınırlı olduğu, özellikle ilaç şirketinde bir miktar bağımsız çalışmasına izin verildiğinde ortaya çıkmıştı. Sonunda, süpervizörleri Joe'nın ilerlemesi ile ilgili hayal kırıklığına uğradılar ve tekrar, daha fazla yapılandırılmış projelerde görevlendirdiler. Kariyerinin bir alt seviyeye indirilmesinden çok kısa bir süre sonra, şüpheleri sanrısal boyutlara ulaşmaya başladı. Colby, muhtemelen Joe'nun aksi hâlde kendi mesleki yetersizliğine işaret edecek olan başarısızlıkları için meslektaşlarının müdahalesini suçlamayı seçtiğini savunurdu. Utanç-aşağılanma modeli, ayrıca Joe'nun mesleki değişimini takip eden iyileşmesini de açıklamaktadır. Taksi şoförü olarak, Joe sürekli tehdit edici mesajlara maruz kaldığı profesyonel rekabet alanından uzakta kalmıştı. Taksi şoförü olarak epey başarılıydı ve sürekli etkileşimde bulunduğu insanlarla kıyaslayınca özgüveni zarar görmüyordu. Böylece, düşmanca ve korunmacı bir tavırda davranmaya neredeyse hiç ihtiyaç duymuyordu. Ancak, Nobel Ödülü'nü kazanan profesörü duyduğunda, paranoid düşünceleri tekrar ortaya çıktı. Bu adamın başarısı, bir kez daha, Joe'ya hayal kırıklığı yaşatan kariyerini hatırlatmıştı.

Tedavi

Psikoterapi, çeşitli kişilik bozuklukları olan hastalar için faydalı olabilmektedir (Beck, Freeman ve Davis, 2004; Zanarini, 2009). Ne yazık ki, paranoid kişilik bozukluğunun tedavisinin etkileri ile ilgili diğerlerine nazaran daha az kanıt bulunmaktadır. Klinik deneyim, paranoid hastalarda terapinin genellikle sınırlı olabildiğini göstermektedir, çünkü bu hastalarla güvenli terapötik ilişki kurabilmek oldukça zordur (McMurran, Huband ve Overton, 2010; Williams, 2010). Joe vakası güzel bir örnektir. Terapistin, anksiyetesi ile baş etmesine yardımcı olmasını bekledi, ama problemlerinin herhangi birini yüzeysel bir seviyeden ötede tartışmaya karşı isteksizdi. Bu savunmacı tavrı, geleneksel, içgörü-odaklı psikoterapinin çoğu girişimini baltaladı. Carl Rogers tarafından geliştirilen danışan-odaklı yaklaşım, paranoid danışanlarda daha etkili olabilir, çünkü tehdit edici olmayan bir ortamı teşvik etmektedir. Aynı zamanda, terapist fazla

arkadaşlık ya da sempati göstermekten kaçınmaya dikkat etmelidir, çünkü bu hastayı kandırmak için bir girişim olarak yorumlanabilir (Akhtar, 1992). Colby'nin bakış açısına göre, Rogers'ın gerçek empati ve koşulsuz pozitif kabul sağlamaya olan vurgusu paranoidin hassas özgüvenini de destekleyebilir ve böylece, potansiyel utanca karşı olan hassasiyetini azaltabilir. Ne yazık ki, bu tip bir tahmini destekleyecek herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Cameron'ın modeli belirli sosyal becerilerin geliştirilmesine odaklanan daha yönlendirici bir müdahaleye öncülük edebilir. Örneğin, danışanın hangi davranışlarının diğer kişileri etkilediğinin örneklendirildiği birkaç durum kurgulanabilir. Benzer olarak, terapist başlangıçtaki sosyal izlenimlerini tartışabilme becerisini arttırma çabasıyla, danışan ile birlikte çeşitli sosyal etkileşimlerin alıştırmasını yapabilir. Danışanın sosyal ipuçlarını okuyabilme becerisini arttırabilmek de mümkün olabilir. Bu davranışsal yaklaşım, danışanın uygun sosyal davranışlar dağarcığını genişletmek amacıyla da kullanılabilir; böylece danışan belirli durumsal gerekliliklere daha esnek bir şekilde yaklaşabilir.

Bilişsel terapi de paranoid hastaların tedavisine yönelik ilgi çekici uygulamalar sunmaktadır. Bu yaklaşımın temel varsayımı, kişilik bozukluklarının son derece kökleşmiş uyumsuz inançlarla bağlantılı olduğudur (Beck ve ark., 2004). Paranoid kişilik durumunda, bu inançlar "insanlara güvenilmez" ve "insanlara yakınlaşırsam, benim zayıflıklarımı bulurlar ve bana zarar verirler" gibi düşünceleri içermektedir. Terapist, danışan ile birlikte bu bilişsel çarpıtmaları ve bunların kişinin davranışları üzerindeki etkisini belirleme ve tanıma üzerinde çalışır. Paranoid kişi, bu uyumsuz düşüncelerin geçerliliğini test etmesi konusunda cesaretlendirilir. Zamanla, amaç kişinin bu düşünceleri daha uyumlu düşünceler ve daha doğru atıflarla yer değiştirebilmesine yardımcı olmaktır (Kinderman, 2001).

Paranoid fikirler sanrısal boyutlara ulaştığında, antipsikotik ilaçların kullanımı da göz önünde bulundurulabilir. Bu ilaçlar şizofreni tedavisinde etkilidir, ama etkileri genellikle geniş çaplı iyileşme oranları açısından ölçülmektedir; şizofreninin tüm belirtilerinde, eşit pozitif etkiye sahip olup olmadıkları belli değildir. Birkaç çalışma, belirli semptomlardaki değişimleri incelemiştir ve antipsikotik ilaçların daha çok işitsel halüsinasyonlar ve dağınık konuşma belirtilerinde olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur. Paranoid sanrılar tedaviye en az cevap veren belirtiler arasındadır (Manschreck, 1992). Bu sebeple, diğer şizofrenik belirtiler olmadığında, paranoid sanrıları olan hastalar ilaç tedavisinden büyük olasılıkla faydalanamayabilirler.

Tartışma Soruları

1. Şüpheci ve eleştiriye hassas olmaları dışında, paranoid kişilerin en önemli özellikleri nelerdir?
2. Joe'nun arkadaşları ve meslektaşları onu paranoid olarak tanımlayabilirlerdi. Ama Joe kendisini bu şekilde tanımlamazdı. Öfkeli olduğunu söyleyebilirdi (çünkü insanlar ona sorun çıkarıyorlardı). Eğer başkaları, onu, kendisinin gördüğün-

den farklı görüyorsa, paranoid kişilik bozukluğunu değerlendirmede kullanılan öz bildirim ölçekleri ile ilgili hangi problemler ortaya çıkmaktadır?

3. Paranoid kişilik bozukluğu ve paranoid sanrı arasındaki fark nedir? Belli bir noktada, Joe'nun psikotik olarak değerlendirilebileceğini düşünüyor musunuz (sanrısal)?
4. Dr. Fein'in yerinde olsaydınız, Joe'nun kısa süreliğine başvurduğu psikiyatrist, Joe'yu tedavide kalmaya ikna etmek için ne yapabilirdiniz (eğer yapılabilirse)? Tedaviye devam etseydi, bu durum uzun vadeli sonuçlarda herhangi bir farklılığa sebep olabilir miydi?

BÖLÜM 21*

Sınırda Kişilik Bozukluğu

Amanda Siegel, üniversitedeki dönemi yarıda bırakmayı isteksizce kabul edip, sekizinci kez kendini psikiyatrik hastaneye teslim ettiğinde 22 yaşındaydı. Psikoloğu Dr. Swenson ve psikiyatristi Dr. Smythe, ne psikoterapinin ne de ilaç tedavisinin semptomları kontrol altına alamadığına ve bu nedenle ayaktan tedaviyle devam etmenin oldukça riskli olduğuna inanıyorlardı. Amanda bedeninin gerçek olmadığını hissettiği, kısa ama dehşet verici epizotlar yaşıyordu. Bazen, acıyı hissedebilmek için kendisini bıçakla keserek tepki veriyordu; böylece gerçek olduğunu hissedebiliyordu. Hastaneye kabul görüşmesinin ilk kısmı sırasında, Amanda kendine zarar verecek herhangi bir şey yaptığını öfkeyle reddetti. Öfkesi azaldı, ama vize sınavlarından kalacağına ve üniversiteden atılacağına dair korkusunu anlatırken göz yaşlarına boğuldu. Görüşmeyi yapan psikiyatrist, Amanda'nın bazen psikiyatristin herhangi bir kız arkadaşının da hastanede olup olmadığını sorması gibi, uygunsuz bir şekilde kişisel sorular sorarak, filörtöz bir tavırda davrandığını fark etti.

Hastaların yatılı tedavi gördüğü psikiyatri ünitesine vardığında, Amanda tekrar öfkelendi. Yüksek sesle, müstehcen ve küfürlü bir dille rutin uygulamaya oldukça aşina olduğu hâlde, hemşirenin, bavulunu uyuşturucu madde ve keskin objeler için aramasını protesto etti. Öfkesinin dürtüsel çıkışları, Amanda'nın karakteristik bir özelliğiydi. Sıklıkla durum ile orantısız miktarda öfke ifadesinde bulunuyordu. Bu kadar öfkelendiğinde, sıklıkla yakın bir arkadaşını sözlü taciz etmek ya da değerli bir şeyi kırmak gibi, daha sonra pişman olacağı şeyler yapıyor veya söylüyordu. Bu davranışların olumsuz sonuçlarına ya da olayları takip eden suçluluk ve pişmanlığına rağmen, öfke kontrolünü kaybetmesini durduramıyordu. O gün, 72 saat içinde hastaneden ayrılma niyetini bildiren yazılı beyan formu olan "3 gün bildirisi" formunu doldurdu. Dr. Swenson, Amanda'ya eğer kendi iradesiyle kalmaya ikna olmazsa, kendisine zarar veriyor olmasına dayanarak, mahkeme emriyle hastaneye yatırılması için yasal işlemleri başlatacağını söyledi. İki gün sonra, 3 gün bildirisini geri çekti ve öfkesi geçmiş görünüyordu.

Sonraki 2 hafta boyunca, Amanda oldukça iyi gidiyor gibi görünüyordu. Depresif hissediyor olma şikâyetine rağmen, diğer çoğu hastanın aksine, her zaman güzel

*Çeviren: Dr. Derya Gürcan Yıldırım

giyinmiş ve bakımlıydı. Sözel tacizleri ve kapı çarpmalarının olduğu durumsal epizotlar dışında, hastanenin personeli gibi görünüyor ve davranıyordu. Diğer hastalara karşı, onların problemlerini dikkatle dinleyen ve çözümler öneren bir "terapist" rolü sergiliyordu. Şikâyeti olan hastalar için, onların kaygı ve şikâyetlerini tedavi ünitesinin yöneticilerine ileten bir sözcü görevi görüyordu. Terapistinin yardımıyla, kendine zarar vermeyeceğini ve bu düşünceler aklına gelirse eleman kadrosuna bildireceğini belirten bir kontrat imzaladı. Artık güvenliği o kadar büyük endişe vermediği için, diğer hastalarla ve arkadaşlarıyla ünitenin dışına çıkmasına arada sırada izin veriliyordu.

Amanda eleman kadrosundan birkaç kişiye, özellikle bağlanmıştı ve mümkün olduğunca onlarla bire bir sohbetler ayarlıyordu. Bu sohbetlerde çalışanlara, onların, kendisini anlayan ve ona yardımcı olan birkaç insandan biri olduklarını söyleyerek iltifat ediyor ve onları övüyordu. Çalışanlara, diğer çalışanların yetersiz olduklarını ve profesyonel olmadıklarını söylüyordu. Özel bağ kurduğu çalışanlardan birkaçı, Amanda'yı kurallara uymuyor oluşu ile yüzleştirdiklerinde sorun yaşadılar. Örneğin, bir kez izinden sebepsiz yere geç geldiğinde, bu durum göz ardı edildi. Özellikle, yakın ilişkisi olduğunu düşündüğü biri tarafından yüzleştirilirse, ihanet edilmiş hissederdi ve duygusal bir düğmeye basılmış gibi, öfkeyle ani tepki gösterir ve bu kişiyi "diğerleri gibi olmakla" suçlardı.

Hastane çalışanları, hastanedeki üçüncü haftanın sonunda, Amanda'nın taburcu edilmesini planlamaya başlamışlardı. Ardından, Amanda terapi seanslarında Dr. Swenson'a birtakım sırlarının olduğuna dair imada bulunmaya başlamıştı. Dr. Swenson, bu konuya değindi ve konuşmaya ihtiyaç duyduğu bir şey varsa daha açık ve dolaysız olmasına dair onu yüreklendirdi. Amanda hastanedeki ikinci gününden itibaren, onu ziyaret eden iki arkadaşından yasa dışı sokak ilaçları temin ettiğini itiraf etti. İlaçları ara sıra kullanıyor olmasının yanı sıra, Amanda ünitedeki diğer hastalara da ilaçlardan veriyordu. Bu durum, Dr. Swenson tarafından düzenlenen bir toplantı ile ünitedeki diğer hastaların dikkatine sunuldu. Toplantı boyunca, Amanda diğer hastaların onu ilaç getirtme konusunda zorladıklarını ve bu konuda başka bir seçeneğinin olmadığını iddia etti. Dr. Swenson, Amanda'nın açıklamasına inanmadı ve Amanda'nın onay alamadığı durumlara tahammül edemediğini ve hayır demenin onun için imkânsız göründüğünü düşündü.

Bu toplantıdan kısa bir süre sonra, Amanda gerçek değilmiş gibi hissettiği bir başka epizot geçirdi ve ikiye böldüğü bir soda şişesiyle bileklerini birkaç yerinden kesti. Kesikler kan akacak kadar derindi ama hayatını tehdit edecek boyutta değildi. Önceki olayların aksine, yaralarını saklamaya çalışmadı ve hastane çalışanları, Amanda'nın hastaneden çıkarılmak istemediği için problemlerinin ciddiyetini abarttığı sonucuna vardılar. Tedavi ekibi üyeleri, en iyi eylem planına karar vermek için toplandılar.

Amanda'nın kendisini kesme motivasyonu ile ilgili, herkes aynı fikirde değildi. Şüphesiz bir şekilde kendine zarar veriyordu ve tahminen intihara meyilliydi; bu sebeple, hâlen hastanede tedaviye ihtiyacı vardı. Ama diğer hastaların tedavisini sabo-

te ediyordu ve bunu tekrar yapmama konusunda güvenilemezdi. Tedavi ekibindeki üyelerin, Amanda'nın hastanede kalmasına müsaade edilip edilmemesi konusunda bölünmesiyle, uygun tedavi programının tasarlanması zorlaşıyordu.

Sosyal Geçmiş

Amanda banliyöde oturan orta sınıf bir ailedendi. Kız kardeşi Megan doğduğunda, 2 yaşındaydı. Amanda'nın anne ve babası 4 yıl sonra, çocukların annenin velayetinde kalmasıyla boşandılar. Amanda'nın babası çok az çocuk nafakası desteği sağladığı için, aile fazlaca ekonomik sıkıntı yaşadı. Baba, kısa süre sonra tekrar evlendi ve eski ailesi genellikle ona ulaşamıyordu. Çocuklarını doğum günlerinde ya da bayramlarda hiç hatırlamadı. Amanda 7 yaşındayken, annesi garson olarak çalışmaya başladı. Komşular okuldan sonra Amanda ve Megan'ı kontrol ediyorlardı, ama çocuklar akşam anneleri eve gelene kadar çoğunlukla tek başına kalıyorlardı. Bu yüzden, Amanda çok erken yaşta kız kardeşine karşı bakımveren rolünü üstlendi. Sonraki birkaç yıl sonunda, Amanda, daha çok bir genç kıza uygun olacak, düzenli yemek hazırlama ve alışverişe gitme gibi birçok ev işi sorumluluğunu üstlenmişti. Durumdan şikâyet etmiyor ve ev ile okulda uslu duruyordu. Ancak, babasının eksikliği ile ilgili sıkıntı yaşıyordu. Bir şekilde boşanma ile ilgili bir şey yapmış mıydı? Babası onunla birlikte olsaydı, yaşamı ne kadar daha iyi olurdu?

Amanda 13 yaşına geldiğinde, annesi yaklaşık 3 aydır görüştüğü Arthur Siegel ile evlendi. Adamın 16 yaşındaki oğlu Mike, arada sırada ev halkına katılıyordu. Mike ailesinin 4 yıl önceki boşanmasından beri, anne ve babasının evleri arasında gidip geliyordu. Yasal velayet annesindeydi, ama annesi oğlunun kötü eğilimli ve agresif davranışlarını idare edemiyordu ve bu sebeple oğlunu sıklıkla birkaç haftalığına ya da aylığına babası ile yaşamaya gönderiyordu. Amanda gizlice anne ve babasının tekrar evleneceğini umut ettiği için, aile halkına üvey babasının ve üvey erkek kardeşinin zorla dâhil olmasına içerliyordu ve annesi soy isimlerini Siegel olarak değiştirdiğinde üzülmüştü. Amanda, ayrıca artık annesi ve üvey babası tarafından üstlenilmiş olan bakıcılık sorumluluklarını kaybetmiş olmasına da içerliyordu.

Annesi ve üvey babasının evlenmesinden kısa süre sonra Mike, Amanda'yı cinsel olarak taciz etmeye başladı. Mike ona cinselliği öğrenmesinin önemli olduğunu söyledi ve ona tecavüz ettikten sonra, eğer bu durumu birine söylerse, tüm arkadaşlarına onun "fahişe" olduğunu söylemekle tehdit etti. Bu olay olduğunda, Amanda hiç kimseyle cinsel olarak birlikte olmamıştı. Bu taciz örüntüsü, Mike babasının yanına her geldiğinde devam etti. Amanda taciz sebebiyle travmatize olmuş olmasına rağmen, olanları reddedebilecek ya da neler olduğunu kimseye anlatabilecek gibi hissetmiyordu.

Amanda'nın davranışları bozulmaya başladı. Yedinci sınıftayken akademik olarak çok iyi gidiyordu ve ardından dersleri asmaya başladı. Dönemin devamı boyunca, notları hızlı bir şekilde düştü ve alkol ve uyuşturucu kullanan arkadaşları ile vakit geçirmeye başladı. Amanda kulandıktan sonra korkutucu belirtiler yaşamasına rağmen (ör., güçlü görsel halüsinasyonlar, güçlü paranoya hisleri) bu uyuşturucuların

devamlı kullanıcısı hâline geldi. Sekizinci sınıfın sonunda, Amanda'nın notları öyle düşük, okul devamı öyle düzensizdi ki bir yıl uzaklaştırma almasının gerekli olup olmadığını görmek için psikolojik değerlendirmeden geçmesi önerildi. Amanda oldukça detaylı bir seri zekâ, başarı ve projektif testlerinden geçti. 130 puanlık bir IQ ile son derece zeki olduğu bulundu. Projektif test sonuçları (Rorschach ve Tematik Algı Testi), Amanda'nın problemlerinde etkisinin olduğuna inanılan, altta yatan yüksek miktarda öfkeyi yansıtıyor şeklinde yorumlandı. Daha çok endişe yaratan ise, projektif testlerde birçok garip ve karmaşık cevap vermiş olmasıydı. Örneğin; kişiler meşhur Rorschach mürekkep lekelerinde neler "gördüklerini" söylediklerinde, testi uygulayan kişi için sıklıkla danışanın algısını paylaşmak kolaydır. Amanda'nın birkaç cevabı ise mürekkep lekelerinin görülebilen herhangi bir özelliği ile örtüşmüyordu. Psikolog, Amanda'nın ev yaşamı ile ilgili hiçbir bilgisi olmamasına rağmen, problemlerinin evde yaşadığı zorlukları yansıttığından şüphelendi ve yerel bir toplum ruh sağlığı merkezinde aile terapisi almalarını önerdi.

Birkaç ay sonra Amanda, annesi ve kız kardeşi ruh sağlığı merkezindeki sosyal çalışmacı ile olan ilk randevularına gittiler. Bay Siegel, terapi ile ilgili kuşkuluydu ve "Hiçbir psikiyatrist benim kafamla uğraşmasın!" diyerek, katılmayı reddetti. Terapide, sosyal çalışmacı ilk olarak detaylı aile geçmiş bilgilerini aldı. Amanda'nın hayatındaki olaylarla ilgili duygularını ve detayları paylaşmakta, son derece tedbirli ve isteksiz olduğunu fark etti. Terapinin bir sonraki aşaması doğası gereği, Bayan Siegel'e daha etkili disiplin metotlarını öğretmeyi ve Amanda'ya okula düzenli devam etmenin önemini göstermek için yardım etmeyi içerecek şekilde, daha eğitim içerikliydi.

Terapi 3 ay sonra, düşük bir başarıyla sona erdi. Bayan Siegel'in son derece motive olmasına ve terapistin önerilerini özenle yerine getirmiş olmasına rağmen, Amanda terapide isteksiz bir katılımcı olarak kaldı ve açılmaya gönülsüzdü. Terapiste, Mike'ın onu cinsel olarak istismar ettiğinden bahsetmedi. Kendisine dair çok az düşünceye sahip olarak, depresif ve suçlu hissetti.

Amanda 15 yaşındayken, annesi ve Bay Siegel boşanarak cinsel istismarı sonlandırdılar. Amanda liseye başladığında, ortaokuldan tanıdığı aynı arkadaşlarla olan ilişkisini sürdürdü. Hepsi birlikte düzenli olarak uyuşturucu aldılar. Amanda ilk gerçek olmama ve çevresinden ayrışmış olma hislerini, uyuşturucu sebebiyle kendinden geçmiş hâldeyken deneyimledi. Kendisini transparan, objeler ve insanlar içerisinden geçebilecek bir hayaletmiş gibi hissetti.

Amanda rastgele cinsel aktivitede bulunma örüntüsüne de başladı. Cinsel ilişkiye girdiği için suçlu hissediyordu, ama üvey erkek kardeşi onu istismar ederken olduğu gibi, kadınlardan ya da erkeklerden gelen cinsel ilişki tekliflerini reddedemiyordu. Özellikle uyuşturucu etkisi altındayken korunmasız oluyordu ve bazı durumlarda sadomazoşist eğilimde olan cinsel aktivitelere dâhil olabiliyordu. Örneğin, Amanda bazen seks sırasında partnerleri tarafından yüzüne yumruk yemek gibi fiziksel istismara maruz kalıyordu. Karşı koymadı ve bir süre sonra, bu tarz bir şiddeti bekler oldu. Bazen Amanda'nın cinsel partnerleri, ilişki sırasında acı verecek bir şeyler yapmasını istiyorlardı; örneğin oral seks sırasında ısırmak ya da

tırnaklarını partnerinin kalçasına batırmak gibi. Bu aktiviteler Amanda'yı utanç ve suçluluk duygularıyla baş başa bırakıyor olsa da, bu ilişkilere bir sınır koyamıyor ya da sonlandıramıyordu.

Amanda 16 yaşına geldiğinde, hiçbir zaman yalnız kalmak istemiyordu. Sıklıkla sıkılmış ve depresif hissediyordu; özellikle herhangi biri ile vakit geçirme konusunda bir planı yoksa. Bu sıralarda önemli bir olay oldu. Bir akşam arkadaşları ile birlikte arabayla gezerlerken, polis tarafından durduruldular çünkü araba, bir arkadaşları tarafından çalınmıştı. Arabada sokak uyuşturucuları da bulundu. Amanda, arabanın çalıntı olduğunu bilmediğini iddia etti. Vakayı duyan hâkim, Amanda'nın akademik başarısı ve sosyal işlevlerindeki ilerleyen kötüleşme konusunda endişelendi. Daha önceki ayakta tedavisi başarısız olduğu için, dürtüleri üzerinde bir miktar kontrol sahibi olabilmesine yardımcı olmak ve gelecekte olabilecek yasal ve psikolojik problemleri önlemek amacıyla, hastanede yatarak tedavi olmasını tavsiye etti. Amanda'ya, araç hırsızlığına yardım etmekten ve yasal olmayan madde bulundurmaktan yargılanma ya da akıl hastanesine yatma seçenekleri arasında seçim yapması teklif edildi. İsteksizce, hastaneye yatmayı kabul etti.

Bu ilk hastaneye yatma deneyiminde, ruh hâlindeki ani değişimler artmış gibi görünüyordu. Öfke patlamaları, boşluk hissi ve depresyon arasında bocalıyordu. İştah kaybı ve uykusuzluk gibi depresif belirtiler gösteriyordu. Antidepresan tedavisi denendi ama başarısız oldu. Hastanedeki çoğu zamanını, erkek bir hasta ile geçiriyordu. Gözlemleyen herhangi birine, ilişkilerinin romantik bir yanı yokmuş gibi görünüyordu. Birlikte televizyon izliyor, yemek yiyor ve masa oyunu oynuyorlardı. Onu, sadece birkaç gündür tanımasının ardından, Amanda hayatının en özel detaylarını açıkladı. Fiziksel temas ya da romantik konuşmalar yoktu. Yine de, Amanda onu idealize etti ve onunla evlenme fantezileri kurdu. Arkadaşı hastaneden taburcu olup ilişkilerini bitirdiğinde, Amanda ilk kez uyuşturucu sebebiyle olmayan gerçek hissetmeme (çevreye yabancılaşma) epizodu yaşadı ve akabinde gerçek hissedebilmek için kendini mutfak bıçağı ile kesti. Arkadaşına, telefonda onu geri kazanamazsa kendini öldüreceğini söylediği intihar tehditlerine başladı. Antipsikotik ilaç tedavisine başlandı; o da başarısız oldu.

Amanda, hastanede bireysel terapiye başladı ve taburcu olduktan sonra da devam etti. Terapi, psikodinamik odaklıydı ve bakımveren bir yetişkin (terapisti) ile güvenli bir ilişki kurabilmesine yardım etmeye odaklanıyordu. Terapist, Amanda'nın yaşamının çok erken dönemlerinde başlayan iç ruhsal çatışmaları anlamasına yardım etmeyi de deniyordu. Örneğin; terapist, biyolojik ailesinin boşanmasının ve Amanda'nın bir şekilde bundan sorumlu olduğunu düşünmesinin, kendisi için önemli olan insanlar tarafından terk edilme korkusuna sebep olabileceği hipotezini kurdu. Terapistin hedeflerinden biri, Amanda'ya nasıl davrandığından bağımsız olarak orada olacağını ve onu bırakmayacağını göstermekti. Bunun, kişiler arası ilişkilerinde daha güvende hissetmesine yardımcı olması bekleniyordu.

Yardımcı olduğunu düşündüğü bu terapi seanslarına rağmen, Amanda madde kötüye kullanımı, rastgele cinsel ilişkide bulunma, depresyon, sıkılma hissi, aşırı öfke epi-

zotları, intihar tehdidi, çevreye yabancılaşma ve kendini kesmek gibi kendisine zarar veren problemleri yaşamaya devam etti. Amanda'nın tehditleri ve kendine zarar veren davranışları yoğun ve sık hâle geldiğinde, birkaç kez daha hastanede tedavi olması gerekti. Hastaneye yatışları, genellikle erkek arkadaşından ayrılması gibi stresli kişiler arası problemlerin ya da psikoterapide, Mike'ın istismarı gibi duygusal olarak yoğun konuların konuşulmasının ardından oldu. Hastaneye yatışlarının çoğu, genellikle 1-2 hafta kadar kısaydı ve tetikleyici krizler çözüldükten sonra Amanda taburcu oluyordu. Bu hastaneye yatışları sırasında, Amanda'ya kısa süreli psikotik bozukluk, majör depresif epizot, atipik kaygı bozukluğu, karmaşık duygusal özelliklerle birlikte görülen uyum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, duygu ve tavırlarla ilgili bozuklukların eşlik ettiği uyum bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu (SKB) gibi birçok tanı kondu.

Hastanede yatışlarından biri sırasında, Amanda terapistlerini değiştirmek istediğine karar verdi ve dikkatle ele alınmasının ardından, tedavi ekibi bu isteğini yerine getirmeye karar verdi. Amanda 19 yaşına geldiğinde, psikolog Dr. Swenson ile tanıştırıldı ve bireysel davranış odaklı terapiye başladı.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

Dr. Swenson'un belirli problemlerini çözmesine ve kişisel olarak daha ödüllendirici şekilde davranmasına yardım etmeye yoğunlaşan, daha odaklı ve yönlendirici bir yaklaşımı vardı. Aynı zamanda, Dr. Swenson onu değişmesi için zorlamaya çalışmadı. Empatik ve kabulleniciydi ve üzerinde çalışmak istediği alanları belirlemesi için ona fırsat tanıyordu. Birkaç seans sonunda, Amanda ve Dr. Swenson birkaç problem alanı belirlediler: yön ve hedef eksikliği, depresif hisler, zayıf dürtü kontrolü, aşırı derecede yoğun olan ve kontrolünün zayıf olduğu öfke. Her bir alan için özel müdahaleler tasarlandı. İlk problemle ilgili, Amanda okul gerekliliklerinde çok zayıf ve çok gerideydi; bu sebeple mezun olmak için liseye devam etmek gerçekçi gelmiyordu. Amanda daha sonra ileri eğitim ya da mesleki eğitim alabilmesine fırsat tanıyacak olan, Genel Denklik Diplomasını (GDD) almak için çalışmaya karar verdi. Amanda yaklaşık olarak 4 ay çalışmasının ardından sınavı geçti. Bu başarısı, özgüvenini perçinledi çünkü daha önce, kısa vadeli hedefler dışında bir şeyi başarabilmek için gerekli olan öz disiplini geliştirememişti.

Antidepresanlar geçmişte işe yaramadığı için depresyonu, insanların düşüncelerinin duygudurumlarını etkileyebileceği varsayımına dayanan bilişsel terapi ile tedavi ediliyordu. Onu depresyona eğilimli hâle getiren düşüncelerini fark edebilmesine yardımcı olmak için, günde üç kez olacak şekilde duygudurumunun yazılı kaydını tutması istendi. Duygudurumunun yanına, ne düşündüğünü, özellikle göz önünde bulundurulan durumun nasıl sonuçlanacağına dair tahminini içeren düşüncelerini yazıyordu. Amanda, sıklıkla olayların nasıl sonuçlanacağına dair olumsuz öngörülerde bulunduğunu ve sonuç olarak üzgün ve depresif hissettiğini fark etmeye başlamıştı.

Bu negatif düşünceleri yeniden yapılandırmayı ya da onlara "karşı gelmeyi" öğrenmesi için, Amanda'ya başka bir egzersiz verilmişti. Kaygı uyandıran bir durum ile karşılaştığında, durum ile ilgili üç farklı senaryo yazması söylendi: (a) kötü gidebilecek her şeyin kötü gittiği, en kötü durum senaryosu; (b) olayların tam istediği gibi sonuçlandığı en iyi durum senaryosu ve (c) ona göre gerçekleşme ihtimali en yüksek olan senaryo. Gerçek sonuç, bu üç farklı tahmin edilen sonuç ile karşılaştırılıyordu. Çoğunlukla, gerçek olaylar en iyi senaryodan da en kötü senaryodan da önemli derecede farklı oluyordu. Zamanla, bu egzersiz Amanda'nın bazı negatif düşüncelerini kontrol edebilmesine ve onları kendi tecrübelerine dayanan, daha uyumlu ve gerçekçi düşünceler ile değiştirebilmesine yardımcı oldu.

Bilişsel terapinin ilgilendiği problemlerden bir diğeri de, Amanda'nın bir işte tutunması idi. Kendisi ayrılana dek ya da işe gelmediği için kovulana dek 1 ya da 2 ay çalıştığı birçok yarı zamanlı işi olmuştu. Özellikle süpervizörleri olmak üzere, işteki kişilerin ilk başta ondan hoşlanmadıklarını ve onu kovmak için sebep aradıklarını düşünüyordu. İş yerindeki biri ile en küçük olumsuz etkileşimin ardından, kovulmak üzere olduğunu düşünüyor ve işe gitmeyi bırakıyordu; böylece kendini doğrulayan kehanet yaratıyordu. Duygudurumunu gözlemleyerek, bu durumlardaki baskın duygusunun çalışma arkadaşları ya da süpervizörleri tarafından reddedilmekten korkmak olduğunu, bu sebeple de genellikle önce kendisinin onları reddettiğini fark etmeye başladı. Amanda bir süpermarkette yarı zamanlı bir iş edindikten sonra, terapisti ona işe başlamadan önce bu üç senaryoyu yazdırdı:

> [en kötü durum] İşe gideceğim ve kimse benden hoşlanmayacak. Hiç kimse bana işin nasıl yapılacağını göstermeyecek ve yeni olduğum için, muhtemelen benimle dalga geçecekler. Büyük ihtimalle bir gün sonra işten çıkacağım.
>
> [en iyi durum] Bu, sonunda iyi olduğum bir iş olacak. Her zaman sahip olmak istediğim türden bir iş olacak ve kısa sürede yükseleceğim ve yüksek bir maaş kazanacağım. İşteki herkes benden hoşlanacak.
>
> [büyük ihtimalle] İşte yeniyim, ama diğerleri de bir zamanlar yeniydi. Bazı kişiler benden hoşlanabilir ve bazıları hoşlanmayabilir, ama bu durum herkes için böyle. Başkaları ile anlaşmazlıklar kaçınılmaz. Herkes benden hoşlanmasa da ben hâlâ işimi yapmaya devam edebilirim. İşteki bir kötü gün işten ayrılmak zorunda olduğum anlamına gelmiyor.

Özellikle kendisini işi bırakmak istiyor gibi hissettiğinde olmak üzere, her gün aklından "büyük ihtimalle" senaryosunu tekrar etmesi teşvik edildi. Bu yöntem, süpermarketteki yarı zamanlı işinde, daha önceki işlerinde çalışma süresinden ciddi derecede uzun olarak, 18 ay boyunca kalmasına yardımcı oldu.

Amanda'nın dürtüsellik, madde kullanımı, kendine zarar verme, rastgele cinsel ilişkide bulunma ve öfke konularında birçok problemi vardı. Dr. Swenson, onu Ad-

sız Alkoliklerle aynı prensiplere dayanan, madde kullananlar için, profesyonel olmayan bir kendine yardım grubu olan Adsız Narkotikler'e (AN) katılma konusunda ikna etti. Ne zaman uyuşturucu kullanma dürtüsü ortaya çıkarsa, zaman geciktirme denilen bir tekniği kullanacaktı. Bu teknik, en az 15 dakika boyunca uyuşturucu kullanmamayı ve bu süre boyunca alternatif bir aktivitede bulunmayı içermektedir. Alternatif aktivite, dürtüyü kontrol etmeye yardım etmesi için NA'nın başka bir üyesini aramak olabilir. Benzer bir yaklaşım, Amanda'nın kendine zarar verme davranışları için de kullanıldı; dürtüyü tek başına kontrol edemeyeceğini düşünürse, Dr. Swenson'ı araması ya da bir hastanenin aciline başvurması konusunda öğütlendi. Dürtüsel olarak dışa vurması sebebiyle öfkesi problemliydi; bu da benzer yöntemlerle ele alındı. Dr. Swenson, Amanda'yı öfkeyi çok olumsuz bir duygu olarak görmemesi, bunun yerine çok yoğun olduğunda yıkıcı olan olumlu bir duygu olarak görmesi konusunda destekledi. Dr. Swenson, öfkesini ifade etmeden önce bekleyebilmesine yardımcı olmak için tepki vermesini erteleme tekniklerini öğretti. Bekleme süresinde, duygunun yoğunluğu azaldı ve durumla baş edebilmenin farklı yollarını düşünebilme fırsatı oldu ve bu durum, öfkesini daha uygun şekilde ifade edebilmesine yardımcı oldu.

Amanda, Dr. Swenson'la olan terapinin ilk birkaç ayında belirtilerinde oldukça azalma göstererek, fark edilebilir bir ilerleme kaydetti. Uzun zamandır ilk kez iyimser hissetti. Ama, bu iyimserlik kısa bir süre içinde evdeki problemler karşısında bozuldu. Örneğin, Amanda maddi olarak ya da evde iş yaparak, eve yardımcı olmayı sürdürmek istemedi. Ona bakım sağlamanın, annesinin sorumluluğu olduğu konusunda ısrar etti. Ayrıca erkek arkadaşlarının geceyi kendisi ile birlikte geçirebilmesini istedi, annesi buna izin vermiyordu. Bunların ardından, annesi Amanda'dan evden ayrılmasını istedi, ama Amanda reddetti. Bunun yerine, intihar etmekle tehdit etti, jilet ile bileklerini yüzeysel bir şekilde kesti ve tekrar hastaneye yatmak zorunda kaldı. Amanda aynı örüntüyü, takip eden birkaç yıl boyunca devam ettirdi; yaklaşık bir ay süresince terapide belirgin ilerleme kaydedip kişiler arası anlaşmazlıklarla karşılaştığında, bu kazanımlarını geri kaybediyordu. Problemleri her geri döndüğünde, Amanda için giderek artan oranda stres yaratıyordu çünkü kısmen dengeli olduğu dönemlerde artık problemlerinin "iyileştiğine" inanıyordu.

Amanda 22 yaşına geldiğinde, evde yaşayarak, üniversiteye tam zamanlı olarak gitmeye karar verdi. Dr. Swenson bu fikre karşı geldi çünkü, henüz üniversitenin bir dönemini bile tamamlayabilecek psikolojik denge gösterememişti. Yine de gitti ve kısa sürede başka bir öğrenci ile cinsel birliktelik yaşadı. Daha önceki ilişkilerinde olduğu gibi, Amanda erkek arkadaşını idealize etti ve ona bağımlı hâle geldi. Onun ilgisinin tek odağı olmalıydı ve ondan uzak kalmaya tahammül edemiyordu. Amanda'nın tabakları ve bardakları yere fırlattığı bir tartışmanın ardından, erkek arkadaşı onu terk etti. Amanda bir kez daha, intihara meyilli ve kendine zarar veren hâle geldi. Bu epizot, bölümün başında anlatılan, hastaneye yatırılmasına yol açtı.

Amanda'nın hastanedeki tedavi ekibi, hiçbir terapötik müdahale (ör., ilaç, içgörü odaklı psikoterapi, davranışsal terapi) girişiminin Amanda'da kalıcı etkisinin olmadığını fark etti. Zayıf bir iş yaşamı öyküsü vardı ve yakın gelecekte, kendisini tek başına geçindirebileceğine dair çok az kanıt gösteriyordu. Ayrıca, belki de devlet hastanesine uzun dönemli yatırılması ile sonlanabilecek şekilde, kötüleşmeye devam etmesinden de korkuluyordu. Dr. Swenson'ın, Amanda ile çalışma konusunda, özellikle terapide

zor konularla çalışırken belirtilerinin kötüleşme eğiliminde olması sebebiyle, yardıma ihtiyacı olduğuna karar verildi. Amanda aynı zamanda hastanenin dışında yaşayıp, muhtemelen giriş düzeyinde bir işte yarı zamanlı çalışırken, terapi ve destek sağlayabilecek hastane çalışanlarına düzenli ulaşımının olacağı, bir devlet hastanesinin günlük tedavi programına yönlendirildi. Tedavi ekibi, Amanda'yı bu tavsiyeleri kabul etmeye ikna etmenin zor olacağının farkındaydı çünkü bu, ciddi bir şekilde rahatsız olduğunu kabul etmek olacaktı. Tavsiyelere uysa bile, Amanda'nın prognozu şüpheliydi.

Tartışma

SKB düşünceler, duygular, ilişki kurma ve davranışsal dürtüleri kontrol etme ile ilgili yaygın ve kalıplaşmış problemler içeren, *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5*'te (APA, 2013) listelenen kişilik bozukluklarından bir tanesidir. Sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerin ilişkilerinde, davranışlarında, duygudurumlarında ve kendilik algılarında istikrarsızlık söz konusudur (Sanislow, Grilo ve McGlashen, 2000). Örneğin, başkalarına karşı tavırları ve hisleri belirgin ve açıklanamayacak şekilde çok kısa bir süre içinde değişkenlik gösterebilir. Duygular da değişkendir ve özellikle öfkeye olmak üzere ansızın değişebilir. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler, yakınları tarafından reddediliyor ya da kısıtlanıyor olma algısı ile tetiklenen, çok şiddetli öfke epizotları yaşama eğilimindedir (Berenson, Downey, Rafaeli, Coifman ve Paquin, 2011). Bozukluğun en önemli özelliği, duyguları anlamada, duyguların farkında olmada ve onları kabul etmede zorluk; duyguları yönetme stratejilerinde başarısızlık; duygusal stres yaratan durumlardan kaçınma durumlarını içeren duygu düzenleme başarısızlığıdır (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez ve Gunderson, 2006). Olumsuz duygulara karşı aşırı hassaslardır ve kötü hislerine odaklanırlar ve bu olumsuz deneyimlerinin negatif etkisini arttırır ve bu olumsuz duygulardan kaçmak için madde kötüye kullanımı ya da kendine zarar verme gibi tehlikeli davranışlarda bulunma riskleri artar (Selby, Anestis, Bender ve Joiner, 2009). Amanda, kesinlikle bu zorlukları yaşıyordu ve duyguları ile baş edebilmeye ve duygularına tahammül edebilmeye çabalıyordu. Bir durumun duygusal strese yol açacağından şüphelendiğinde, iş yerindeki kişilerin onu sevmeyeceğine dair korkusu ile işe gitmekten tamamen kaçınıyordu.

Sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler tartışmacı ve sinirli olurlar. Davranışları tahmin edilemez ve dürtüseldir ve intihar girişimi; kumar ve harcama, seks ve yeme konularında aşırılığı içerebilir. Belirgin ve tutarlı bir benlik algısı geliştirememişlerdir; değerler, bağlılıklar ve kariyer seçimi konularında kararsız kalırlar. Yalnız kalmaya katlanamazlar ve terk edilme korkuları vardır. Genellikle fırtınalı ve kısa ömürlü, idealleştirme (diğer kişi mükemmel ve hiçbir hata yapamaz) ve değersizleştirme (diğer kişi berbat, değersiz) arasında gidip gelen bir dizi yoğun ilişkiye sahip olma eğilimindedirler. Kişiler arası bağlanabilirliği aramak ve bundan kaçınmak arasında, hem diğerlerinden güvence arayarak hem de acı verecek bir terk edilmeden kaçınarak, gidip gelirler (Russell, Moskowitz, Zuroff, Sookman ve Paris, 2007). Kronik depresyon ve boşluk hissine maruz kaldıkları için, manipülatif intihar girişimlerinde bulunurlar. Yüksek stres dönemlerinde paranoid düşünce ve disosiyatif belirtiler gö-

rülebilir. Amanda'nın kişiler arası ilişkileri hem yoğun hem de dengesizdi. Amanda çok dürtüseldi, öfkesini kontrol edemiyordu ve kendilik imgesi tutarsızdı. Şüphesiz bir biçimde sınırda kişilik bozukluğunun tanı kriterlerini karşılıyordu.

Aslen, tanı kişinin nevroz ve psikoz arasındaki sınırda olduğunu kastetmektedir, ama terim artık bu anlamı içermemektedir. Sınırda kişilik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı yüzde 5,9'dur ve erkekler ve kadınlarda eşit şekilde yaygındır (Grant ve ark., 2008). Bu tanıyı alan kişilerin yüzde 75'i kadın olsa da, bu muhtemelen daha fazla sayıda kadının yardım araması sebebiyle yüksek olduğu düşünülmektedir (Skodol ve Bender, 2003).

Sınırda kişilik bozukluğu sıklıkla, özellikle majör depresif bozukluk, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve madde bağımlılığı olmak üzere, başka bozukluklarla birlikte görülmektedir (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan ve Bohus, 2004). Çeşitli durumlarda, Amanda depresif duygudurum, intihar düşünceleri, uykusuzluk, iştah kaybı ve kendini cezalandırma ve suçlama belirtileriyle majör depresyon epizodu tanı kriterlerini karşıladı. Sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık yüzde 75'i intihar girişiminde bulunmaktadır ve yaklaşık yüzde 10'u sonunda intihar etmektedir (Black, Blum, Pfohl ve Hale, 2004). Kendine zarar verme, hastanın kendinde algıladığı kusurlar için cezalandırma veya başkalarından yardım temin etme işlevi görebilmektedir (Critchfield, Levy, Clarkin ve Kernberg, 2008). Sınırda kişilik bozukluğu, diğer kişilik bozuklukları gibi, antisosyal, histriyonik, narsisistik ve şizotipal gibi kişilik bozukluklarıyla yüksek eş tanıya sahiptir (Becker, Grilo, Edell ve McGalshen, 2000).

Etiyolojik Değerlendirmeler

Çevresel faktörlerin, özellikle çocukluk dönemi aile işlevselliği ile ilgili olmak üzere, SKB ile ilişkili olduğuna dair güçlü bulgular bulunmaktadır (Bandelow ve ark., 2005). Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, bu bozukluğa sahip kişilerin çocukluk döneminde özellikle, yabancılardan ziyade aile bireyleri tarafından, fiziksel ve cinsel tacize uğradıklarını bildirme ihtimalleri çok daha muhtemeldir. Özellikle, güvenilen bir kişi tarafından ihanete uğramış olmayı içeren travma, sınırda kişilik bozukluğu belirtilerinin gelişimi ile ilişkilidir (Kaehler ve Freyd, 2009). SKB olan kişiler çocukluk dönemi aile çevrelerini, destek ve yakınlığın az, tartışmaların ise çok olduğu bir ortam olarak anlatmaktadır (Klonsky, Oltmanss, Turkheimer ve Fiedler, 2000). Bu bulgular, Amanda'nın çocukluk dönemi aile içindeki deneyimleri ile uyumludur. Bozukluk belirtilerinin, çocukluk dönemindeki ailelerini algılama ve hatırlamalarını etkileme ihtimali olsa da, belirttikleri fiziksel ve cinsel istismar bir çalışmada ayrıca kanıtlanmıştır (Johnson, Cohen, Brown, Smailes ve Bernstein, 1999). SKB olan kişiler, çocukluk döneminde sıklıkla aileden ayrılmayı ya da aile desteğinin eksikliğini deneyimlemişlerdir (Sansone ve Levitt, 2005).

Bozukluğa sebep oluşturan ana faktör, kişinin ihtiyaçlarına ve hislerine saygı duyulmayan ve duyguları ile ilgili konuşma çabalarının göz ardı edildiği ya da cezalandırıldığı, onaylayıcı olmayan bir çevre olabilir (Linehan, 1993). Cinsel olarak istismar edilen çocuklarda, istismar deneyiminin kendisinden ziyade, istismarı dile getirdikle-

rinde inanılmamayı ya da suçlanmayı içeren, çocukluklarında onaylanmadıklarına dair algıları sınırda kişilik bozukluğunu yordamaktadır (Hong, Ilardi ve Lishner, 2011). Çocukluk döneminde duygusal olarak onaylanmama algısı, SKB ile yetişkinlik dönemi romantik ilişkilerindeki çatışma ve dengesizlikler arasındaki bağın bir kısmını açıklamaktadır; belki sevilebilir olmadığına dair hisleri sebebiyle, belki de ilişkideki zorluklarda ortayı bulamama problemi sebebiyle (Selby, Braithewaite, Joiner ve Fincham, 2008).

Birçok çalışma, özellikle duygusal dengesizlik ve dürtüselliğe odaklanmakla birlikte, sınırda kişilik bozukluğunun nörobiyolojisini araştırmıştır (Bohus ve ark., 2004). Beynin prefrontal ve limbik bölgelerindeki serotonin aktivitesi anomalileri, bu semptom grubu ile ilişkili olabilmektedir. Özellikle istismar şeklinde olan çocukluk dönemi travması ile hassaslaşmış olan hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı da, bozukluğun nörobiyolojisinde önemli olabilmektedir. Beyin görüntüleme çalışmaları, beynin duygu düzenleme ile ilgili bölümlerinde düşük aktivite; korku ve öfke ile ilgili olan limbik bölümlerde aşırı aktivite; negatif duygulanım ile ilgili olan bölümlerde anormallikler bulmuştur (Lis, Greenfield, Henry, Guilé ve Dougherty, 2007). Bu sonuçlar ilgi çekici olsa da, bu farklılıkların bozukluğun sebebi olduğunu kesin olarak ortaya koymamaktadır çünkü bunlar, bozukluğun belirtilerinin bir yansıması da olabilirler.

SKB aile içerisinde görülmektedir; bu da genetik bileşeni olabileceğini önermektedir. Kalıtsal olabilen bir özellik, kolayca kaygılanma eğilimi olan nörotisizmdir. Sınırda kişilik bozukluğu olanların nörotisizmi yüksektir; bu kişilik özelliği, sınırda kişilik bozukluğunun ana özelliklerindendir ve kalıtsal olduğu bilinmektedir (Morey ve Zanarini, 2000). Duygu düzenleme problemleri genetik olarak geçebilen başka bir ana bileşen olabilir (White, Gunderson, Zanarini ve Hudson, 2003).

Son dönemlerde, risk faktörlerinin birlikte, nasıl çalıştığını açıklayan bütüncül bir model önerilmiştir (Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009). SKB geliştirmek için, çocuk, serotonin sistemini ve tahminen dopamin sistemini etkileyen, dürtüsellik ve duygusal dengesizliğe yol açan genleri kalıtımsal olarak almaktadır. Ardından çocuk, bakımveren kişilere karşı güvensiz bağlandığı, istismar edici ve onaylayıcı olmayan bir çevreye maruz kalır. Bu yaşantılar, çocuğun duygu düzenleme bozukluğunu arttırır ve yüksek miktarda kontrolsüz davranışa yol açar; bu da kişilik bozukluğu gelişimine sebep olmaktadır.

Tedavi

Sınırda kişilik bozukluğunun farmakoterapisinde, antidepresanlar ve atipik antipsikotik tedaviler dâhil olmak üzere birçok ilaç denenmiştir (Zanarini, 2004). Çiftkörlemesine, plasebo-kontrollü denemeler, birçok ilacın duyguları yönetme, dürtüselliği ve agresyonu kontrol etme konusundaki problemleri tedavi etmede yardımcı olduğunu göstermiştir. Ancak, tedavinin etkinliğini araştıran araştırmaların kalitesi sıklıkla düşüktür ve hastaların çoğu denemeyi bırakmaktadır; bu sebeple, sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçların uzun vadeli etkinliği ile ilgili kesin sonuçlara varmak oldukça zordur (Bellino, Paradiso ve Bogetto, 2008).

Nesne İlişkileri Psikoterapisi: Psikoanalitik teorinin bir dalı olan nesne ilişkileri kuramı, benliğin ve diğerlerinin zihinsel temsillerinin doğası ve gelişimi ile ilgilenir. Temsillerin ve bunlara bağlı fantezi ve duyguların, kişiler arası işlevselliği nasıl etkilediğini araştırır. Sınırda kişilik bozukluğu olanların, nesne ilişkileri genellikle kötü olarak tanımlanır. Sınırda kişilik bozukluğu olanların projektif testlere verdikleri cevapların analizi, diğer kişileri hiçbir sebebe dayanmadan kaprisli ve yıkıcı gördüklerini göstermektedir (Nigg, Lohr, Westen, Gold ve Silk, 1992). Bu teori özellikle kişilik bozuklukları alanında önemlidir. Dönemin önde gelen nesne ilişkileri teorisyeni, SKB ile ilgili genişçe yazmış olan Otto Kernberg'dir.

Kernberg'in (1985) terapisi; sınırda kişilik bozukluğu olan kişinin ana defansının analiz edilmesini içermektedir; bu defans mekanizması, bölme ya da tamamen iyi ya da tamamen kötü şeklinde kutuplaştırma ve bir kişinin olumlu ve olumsuz yönlerini bir bütün olarak entegre edememesidir. Bölme, kompleks nesne temsilleri oluşturmadaki yetersizliğin sonucudur. Yani, SKB olan kişi, bireyleri yeterli miktarda kompleks ve hem iyi hem kötü davranışı yapabilir olarak görememektedir. Bu, duygu düzenlemede aşırı miktarda zorluğa neden olmaktadır çünkü kişi dünyayı siyah-beyaz olarak görmektedir. Diğer kişiler ve hatta kendisi ya tamamen iyi ya tamamen kötüdür; ikisinin ortası yoktur. Bu durumun birçok örneğini, erkek arkadaşını idolleştirip, ardından hızlıca nefrete dönüştürebildiğinde olduğu gibi, Amanda'da gördük. Bu terapötik yaklaşım uzun süreli, seçkisiz bir araştırmada diyalektik davranış terapisi (DDT) (bir sonrakine bakınız) ve destekleyici terapi kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılmıştır (Clarkin, Levy, Lenzenweger ve Kernberg, 2004; Levy ve ark., 2006). İki yaklaşım da etkili bulunmuştur. Kernberg'in yaklaşımı, özellikle yakın kişilerle olan ilişkilerin içsel temsillerini değiştirmede etkilidir. Gelecekteki araştırmalar, belirli tipteki hastaların bu etkin tedavilerden birine, diğerine göre daha iyi cevap verip vermediğini araştıracaktır.

Diyalektik Davranış Terapisi: SKB için ana tedavilerden bir diğeri, danışan odaklı empatiyi, davranışsal problem çözme ile birleştirmektedir ve Marsha Linehan (1993) tarafından geliştirilmiştir. DDT, terapistin sınırda kişilik bozukluğu olan bireyleri tüm çelişkileri ve dışa vurumlarıyla birlikte, intihar ve diğer işlevsiz davranışlarına karşı olan duygusuz tavırlı (çarpıtılmış) inançlarını empatik olarak onaylayarak tamamen kabul etmesini merkeze koymaktadır. Tamamen kabul gereklidir çünkü hasta, eleştiriye ve reddedilmeye karşı aşırı derecede hassastır ve herhangi bir reddedilme ihtimaline dair ipucu algıladığında terapiden uzaklaşacaktır. Şu anki durumunun kabulü, hastada değişimi ortaya çıkarma hedefinin diyalektiğidir (ya da kutupsal karşıtlığıdır). Uzun vadede hedef, bu karşıtlıkları birleştirmek ve empatik onaylamayı koruyarak hastayı değişime yönlendirmektir.

Tedavinin davranışsal kısmı, hastaya günlük yaşamsal problemleri ele alırken ve duygularını kontrol ederken daha etkili ve sosyal olarak daha kabul edilebilir yolları kullanmayı öğreterek, problemlerini çözme konusunda yardımcı olmayı içermektedir. Kişiler arası becerilerini arttırma ve kaygılarını kontrol etme konularında da çalışıl-

maktadır. Aylarca süren yoğun bir tedavinin ardından, davranışlarıyla ilgili limitler belirlenir. Hastalar, DDT'nin bir parçası olarak 1 yıllık yoğun tedaviyi kabul etmelidir (Smith ve Peck, 2004).

DDT'yi ele alan tedavi sonuç araştırmalarının tümünü içeren bir meta-analiz, DDT'nin SKB için orta derecede etkin bir tedavi olduğunu ve intihar teşebbüsü ve kendine zarar verme davranışlarını içeren belirtilerde azalma ile sonuçlandığını ortaya koymuştur (Kliem, Kröger ve Kosfelder, 2010). Bu tedavi yaklaşımına karşı ilgi ve yaklaşımın etkinliğini destekleyen kanıtlar artmaktadır (Feigenbaum, 2007). Ülke çapında çalıştaylar ve seminerler düzenlenmekte ve terapi oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmaktadır. Ayrıca yatarak tedavi olma durumunda da kullanılmıştır—3 ay hastanede yatarak tedavi olmayı içeren ve DDT'yi kullanan bir program, depresyon, anksiyete ve kendine zarar vermeyi azaltmada ve kişiler arası işlevselliği arttırmada etkin bulunmuştur (Bohus ve ark., 2004).

Amanda'nın terapistleri sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda sıkça görülen bir ikilemle karşı karşıya kalmıştır: Tedavi yapısal içsel psişik değişimi mi, yoksa basitçe çevreye daha iyi uyum sağlamayı mı hedeflemeli? Waldinger ve Gunderson (1984) geriye dönük bir çalışmada, oldukça az sayıda sınırda kişilik bozukluğu olanların yoğun terapi sürecini tamamladığını, genellikle bu hastaların terapide zor bir durum oluştuğunda terapiyi sonlandırdıklarını bulmuşlardır. Amanda terapistlerini değiştirmeye karar verdiğinde, terapideki zor bir konuyu çalışmaktan kaçınmak için değişim arayıp aramadığına dair karar verilmesi gerekiyordu. Durumun bu olabileceği, ama eğer isteği kabul edilmezse terapide kalmayabileceğine dair karar verildi.

Amanda'nın tedavisi genel olarak başarısız görünse de, SKB olan tüm hastalar eşit derecede problemli değildir. Çoğu belirgin miktarda işlevsizliğe sahiptir, ama 44 yaşından daha büyük olanlar arasında sınırda kişilik bozukluğunun yaygınlığında azalma görülmektedir (Grant ve ark., 2008). Tüm sınırda kişilik bozukluğu hastaları, Amanda kadar kendilerine zarar vermemektedir, ama genellikle tedavileri zorludur.

Tartışma Soruları

1. Sınırda kişilik bozukluğuna sebep olan ana faktör nedir? Araştırmalar genetik faktörlere dair de kanıtlar bulmaktadır; ikisi nasıl ilişkilidir?
2. Amanda hastanedeki diğer hastalar ve çalışanlar için nasıl bir zorluk oluşturdu? Hastane çalışanları, bu durumu daha iyi nasıl ele alabilirlerdi?
3. Terapistler bu bozukluğun tedavisini neden zor bulmaktadırlar? Hangi belirli semptom ve davranışlar zorlu olabilmektedir?
4. Siz SKB olan bir hastanın terapisti olsanız, hangi tedaviyi kullanırdınız; Kernberg'in nesne ilişkileri terapisi ya da Linehan'ın diyalektik davranışsal terapisi? Neden?

BÖLÜM 22*

Parafili Bozuklukları: Egzibisyonizm (Teşhircilik) ve Frottörizm (Sürtünmecilik)

Pete, mahkeme tarafından terapi için bir klinik psikoloğa yönlendirildi. İlk görüşmede, 34 yaşında ve evli olan Pete, yıllardır bir cinsel problem ile savaşmakta olduğunu ve iki ay önce cinsel saldırı sebebiyle tutuklandığı için tedavi arayışında olduğunu açıkladı. Kaportası açık bir araba ve motora bakan bir kadın gördüğünde, arka yollardaki kestirmeleri kullanarak eve doğru araba kullanıyordu. Yardımcı olmayı önermek için durdu. Kadın, arabanın alternatör ışığı yandığı için kenara çekmişti ve Pete fan kayışını ayarlayarak problemi düzeltebildi. Kadın teşekkür ederken, Pete kadının kalçalarını okşamaya çalışarak kadını kendisine doğru çekti. Kadın Pete'i iterken, Pete kendisini teşhir etti ve mastürbasyon yapmaya başladı. Kadın arabasına koştu ve arabayı sürerek uzaklaştı. Pete takip etme girişiminde bulunmadı. O gece ilerleyen saatlerde polis evine geldi ve Pete'i tutukladı. İlk duruşma ertesi gün yapıldı ve serbest kalması için kefalet ücreti belirlendi. Pete'in eşi duruşmaya katıldı ve kefalet ücretini ödedi. Bir sonraki duruşmada, Pete ceza indirimi alarak tacize teşebbüsten suçlu bulundu ve 2 yıllık şartlı tahliye kararı verildi. Şartlı tahliye kararının bir parçası tedavi almasıydı.

Bu, Pete'in cinsel davranışlarının başını derde sokuşunun ilki değildi. Uygunsuz cinsel davranışlarının erken ergenliğe dayanan uzun bir öyküsü vardı. Cinsel alışkanlıklarının iki türü vardı. İlki kalabalık yerlerde—alışveriş merkezi ya da metro—bir kadının arkasından yaklaşıp pelvisini kadının kalçalarına sürtmekti. Bu eyleme *frottörizm* denmektedir. Pete'in diğer nadir görülen cinsel davranışı ise egzibisyonizmdi. Bazen, arabasını birçok kadının yürüdüğü bir yere park edip, direksiyon başında oturuyordu ve kadınları izleyerek mastürbasyon yapıyordu. Kendisini direkt olarak teşhir etmiyordu ama geçen kadınların arabanın içine bakmasını ve onu görmesini umuyordu. Bazen de kadınların sık olduğu bir yerde yağmurluğunun altından mastürbasyon yapıyordu. "Şirin küçük arkası" olan genç kızlar, her iki alışkanlığı için de tercih edilen hedefti.

*Çeviren: Dr. Derya Gürcan Yıldırım

Pete ergenliğinden beri frottörizm ve egzibisyonizmde bulunuyordu. Bunlardan birini yaptığını açıkça hatırladığı ilk kez, 16 yaşında bir lise öğrencisiykendi. Yağmurun çiselediği bir cumartesi öğleden sonrası, bir futbol oyunundaydı ve üzerinde ellerinin ceplerinden vücuduna ulaşabilmesini sağlayan bir yağmurluk vardı. Kadın bir taraftarın yanında otururken, kendisini cinsel olarak uyarılmış buldu ve orgazm olana kadar mastürbasyon yaptı, davranışları hiç kimse tarafından fark edilebilir değildi.

Aynı yıl daha sonra ehliyetini aldığında, açık bir şekilde arabasında mastürbasyon yapmaya başladı. O zamandan beri, düzenli olarak frottörizm ve egzibisyonizmde bulunmaya başladı—yılda ortalama 15-20 kez kadar. Pete bu şekilde davranma dürtüsünün, lisede ve üniversitede sınav zamanlarında ya da yetişkinliğinde iş baskısı altında olduğu zamanlarda olduğu gibi, stres altındayken arttığını belirtti. Cinsel davranışları kendisini bir süreliğine endişelendirdi. Daha önce üç kez kısa sürelerle terapiye devam etti. Her seferinde birkaç seansın ardından terapiyi bıraktı çünkü çok az bir ilerleme kaydediliyor gibi görünüyordu. Bu kez, Pete terapiyi bırakamayacaktı çünkü bunu yapması şartlı tahliye kurallarını ihlal etmek olacaktı.

Probleminin, tuhaf cinsel davranışlarının yansıması olan cinsel fantezilerini de içeren diğer önemli yönleri, birkaç seans boyunca araştırıldı. Gün içinde sıklıkla, genç kadınlara sürtündüğünü ya da onların karşısında mastürbasyon yaptığını hayal ediyordu. Mastürbasyon içeren fantezileri de aynı içerikteydi. Cinsel fantezi sıklığının son zamanlarda arttığını anlattı. Ama fantezileri ve gerçek cinsel deneyimleri arasında önemli bir farklılık vardı. Gerçek hayatta, bir kadına sürtündüğünde ya da herkesin önünde mastürbasyon yaptığında hiçbir zaman bir kadını uyarmayı başaramamıştı. Sürtündüğü kadınlar ondan uzaklaşıyorlardı ya da daha az sıklıkla eğer ısrar ederse yardım çağırmakla tehdit ediyorlardı. Kadınlar onu arabasında mastürbasyon yaparken gördüğünde, tepkileri şok olmak ya da tiksinmek oluyordu. Ancak, fantezilerinde Pete'in frottörizmi ya da mastürbasyonu, genellikle cinsel ilişkiyi başlatma görevi görüyordu. Hayallerindeki genç kadınlar, Pete onlara sürtündüğünde ya da onun erekte olmuş penisini gördüklerinde uyarılıyorlardı. Bunun ardından Pete'in fantezisi, daha geleneksel cinsel birleşmeyi içeriyordu. Ama sadece vajinal birleşmeyi içeren fanteziler, Pete'i uyarmıyordu.

Pete'in hayatının başka alanlarında da problemleri vardı. Üniversite mezunu olmasına rağmen, hiçbir zaman tatmin edici bir iş bulamadı. Resim yapmaya ve müziğe karşı olan ilgisi, hiçbir zaman kazanç getirmemişti. Uzun bir süre, bir seri "sıkıcı" işleri olmuştu. Aynı işte en uzun çalışması 18 ay sürmüştü. Şu an üstsüz giyinimli garsonların olduğu bir barda barmen olarak çalışıyordu, ki bu parafilisi olan biri için iyi bir seçim değildi.

Pete ve Helen, Pete 24 ve Helen 22 yaşındayken, 6 aylık birlikteliklerinin ardından evlendiler. 5 yaşında bir oğulları vardı. Helen, bir mühendislik firmasında genel müdür yardımcısının yönetici sekreteri olarak çalışıyordu. Bu kısmen yüksek maaşlı ve sorumluluk gerektiren işte 4 yıldır çalışıyordu. Pete evliliklerinin günbegün yokuş aşağı gittiğini söyledi. Çok fazla kavga etmiyor ya da tartışmıyorlardı ama Pete, Helen'in daha az yakın, cinsellikle daha az ilgili hâle geldiğini ve Pete'i bir zamanlar önemsediği gibi önemsemediğini hissediyordu. Artık, Pete'in cinsel girişimlerinin çoğundan kaçınmak için bahaneler bulduğunu söyledi. Cinsel ilişki sıklıkları ayda birden daha aza düşmüştü. Pete karısı ile olan cinsel hayatlarından zevk aldığını aktardı. Ön sevişme, genellikle penisini

Helen'in kalçalarına sürtmeyi içeriyordu ve cinsel birleşme ters ilişki şeklinde oluyordu. Ancak, fantezilerinde olduğu gibi frottörizm uyarılmanın ve ardından birleşmenin gerekli öncülüydü. Pete'e göre, Helen oğullarının doğumunun ardından cinselliğe olan ilgisini kaybetmeye başlamıştı. İlk başlarda Pete çocuğu beslemeye ve bez değiştirmeye dâhil olmuyor ve yardım etmeyi reddediyordu. Son zamanlarda, baba gibi hissetmeye ve o şekilde davranmaya başlamıştı.

Sosyal Geçmiş

Pete'in şimdiki problemlerinin temeli çocukluğuna dayanıyor gibi görünmektedir. Çocukken, duygusal olarak yoksun bırakılmış hissediyordu. Babası hiçbir işte uzun süre tutunamıyordu; sonuç olarak, aile sıkça taşınıyordu. Bu sebeple, Pete yakın çocukluk arkadaşlıkları geliştirebilme şansına hiçbir zaman sahip olamadığını hissediyordu. Dahası, babası tarafından reddedildiğini hissediyordu. Hiçbir zaman oynamadıklarını ya da birlikte gezmeye gitmediklerini ve babasının her zaman soğuk ve mesafeli göründüğünü anlattı. Babası, Pete 12 yaşındayken vefat etti.

Pete annesi ile olan ilişkisinin sıcak olduğunu hissediyordu, ama annesinin aşırı korumacı ve bir miktar boğucu olduğunu düşünüyordu. Babasının ölümünün ardından, annesi başka kimse ile birlikte olmadı ve tüm duygusal ihtiyaçlarını özellikle Pete olmak üzere, çocuklarına bağladı. Aile üyeleri arasındaki ilişkileri düzenleyen uygun sınırları, cinsel olarak istismar edici şekilde aştı. Örneğin, 15 yaşına kadar Pete'i yıkamaya devam etti. Pete'in erken ergenliği dönemindeki banyolar sırasında, Pete'in penisinin temizliğini ıslak sabun ile ovarak ve sıklıkla ortaya çıkan ereksiyondan zevk alıyor görünerek, büyük bir dikkatle yaptı.

Pete 13 yaşındayken, o ve ailesi bir apartman dairesinde yaşıyorlardı. En yakın oyun arkadaşları, kendisinden bir miktar büyük olan üç genç kızdı. Dördü sıklıkla alt alta üst üste güreş benzeri bir oyun oynuyorlardı. Bu oyun zamanlarından biri sırasında, Pete ilk orgazmını yaşadı. Kızlardan biri ile güreşiyordu ve kızın üzerindeydi, genital bölgesi kızın kalçalarındaydı. Hareket ederken, ereksiyon oldu ve orgazm olana kadar bastırmaya devam etti. Orgazmını arkadaşlarından saklayabildi ve temizlenmek için hızlıca eve gitti.

Bu ilk zevk veren deneyimin ardından, Pete 8 yaşındaki kız kardeşini cinsel olarak istismar etmeye başladı. Geceleri ne zaman imkânı olursa, kız kardeşinin yatağına gidiyor, onun pijamasının altını çıkarıyor ve penisini onun çıplak kalçasına orgazm olana dek sürtüyordu. Bu alışkanlığına düzenli olarak sonraki birkaç yıl boyunca devam etti ve kız kardeşinin annesine söylemekle tehdit etmesinin ardından durdu. Kardeşine karşı olan frottörizmi durdurduğunda, kendisini uyarması sırasında sürtünme ve cinsel birliktelik fantezilerinin eşlik ettiği normal mastürbasyona döndü. 15 yaşındayken, ilk karşılıklı isteğin olduğu cinsel deneyimini yaşadı. Bir süre boyunca kendisi ile aynı apartmanda yaşayan 17 yaşındaki bir kızın cinsel aktiviteleri ile ilgili hikâyeler duydu. Onunla tanışabilmek için kendi yolunun dışına çıktı, onun için birtakım ayak işleri ve iyilikler yaptı ve sonunda, bir akşam yakındaki bir parkta seks yapmak için kız tarafından davet edildi. Öpüşürlerken ve birbirlerini okşarlarken uyarılmış olmasına rağmen, birleşme girişimi sırasında ereksiyonunu kaybetti. Bunun ardından, Pete kadınlara yaklaşmaktan korkmaya başladığını belirtti. İlk, halk içinde mastürbasyon yapma deneyimi bir sonraki yılda gerçekleşti.

Sosyal ilişkiler açısından, ergenlik Pete için çocukluk döneminden daha iyi geçmedi. Bir grup ile takılıyordu, ama hiç yakın ilişki geliştiremedi. Çok fazla randevuya çıkmıyordu ve popüler ve çekici kızların etrafında olmak onu kaygılandırıyordu. Onun için sohbetlere dâhil olmak zordu. İnsanların çoğunlukla sadece saçma konulardan konuştuklarını düşünüyordu ve o bunlarla ilgilenmiyordu.

Liseden mezun olmasının sonrasında, yerel halk eğitim merkezine ve ardından üniversiteye gitti ve psikoloji alanından lisans derecesi alarak mezun oldu. Karısı ile tanışana kadar, bir seri iş ve ciddi olmayan ilişkiler arasında sürüklendi. Karısı, uzun süreli ilişki yaşadığı ilk kadındı.

Pete ve özellikle evliliği ile ilgili başka bir bakış açısı da Pete ve Helen ile ayrı ayrı gerçekleştirilen evlilik değerlendirme seansları sayesinde edinildi. Pete'in Helen ile ilgili olan ana şikâyetleri, Helen'in duygusal yakınlık eksikliği ve kötü giden cinsel yaşamları odaklıydı. Ayrıca, boş vakitlerini nasıl değerlendirecekleri konusunda tartıştıklarını belirtti. Helen arkadaşlar ile sosyalleşmeyi seviyordu, ama Pete onların çoğunu sıkıcı buluyordu. Helen, Pete'in cinsel problemlerinin uzun öyküsünü bilmiyordu. Hukuk ile olan bu probleminin, bu tarz bir eylemi ilk kez gerçekleştirmesi ile ilgili olduğunu düşünüyordu ve bunu neden yaptığını anlayamamıştı. Aşırı derecede üzgündü ve tüm olay sebebiyle yıkılmıştı ama Pete onu bırakmadı. Ancak, Helen bu tarz bir olay daha olursa evliliklerini bitireceğini açıkça belirtti.

Helen'in evliliklerine dair anlattığı problemler, Pete'inkiler ile benzerdi. Nadir seksin, yakınlık eksikliğinin ve arkadaşlarla sosyalleşme konusundaki anlaşmazlıkların ciddi problemler olduğunun farkındaydı. Pete'in birleşme öncesindeki sürtünme davranışına tahammül ediyordu ama çekici bulmuyordu. Helen, Pete'den baba ve eş olarak da şikâyet etti. Pete'in ebeveynlikte ve diğer ev işlerinde minimum iş bölümü yaparak, evlilikte tam bir eş olmamasına kırılıyordu. Pete çok az iş yapıp televizyon izlerken kendisinin işte tüm gün çalışıp, ardından eve gelip yemek yapmak, temizlik yapmak ve oğulları ile ilgilenmek zorunda olması sebebiyle Helen'in kırılması artıyordu. Pete bir işte çalışmıyorken bile, ki bu oldukça sıktı, yardımcı olmak için çok az girişimde bulunuyordu. Evlilikte paylaşma konusundaki başarısızlığı ve iş geçmişi ve sonuç olarak maddi destek sağlayamaması sebebiyle Pete'e olan saygısını kaybetmişti. Üstsüz garsonların olduğu bir barda barmen olarak çalışmasından oldukça utanıyordu ve bir ilişki yaşıyor olmasından kuşkulanıyordu. Duygusal olarak yakın olamamasının ve sekse azalan isteğinin çoğunu, saygısını kaybetmesi ile ilişkilendiriyordu. Cinsel yakınlaşmalarında, Pete'in her zaman aynı rutini takip etmemesini diliyordu.

Kavramsallaştırma ve Tedavi

İlk olarak, Pete'in terapistinin hem halka açık yerlerdeki mastürbasyonu hem de frottörizmi durdurabilme ihtimalini arttırabilmek için ve böylece hapse girmesini önlemek için bazı yöntemleri uygulamaya koymaya ihtiyacı vardı. Neredeyse 2 ay süresince ikisini de yapmamıştı; bu, ergenliğinden beri kendisini engelleyebildiği en uzun süre idi. Ama Pete, isteğin hâlâ orada olduğunu ve ansızın ortaya çıkabileceğini belirtti. Frottörizm ve halka açık yerde mastürbasyon belirli yerlerle—park yerleri,

alışveriş merkezleri ve metrolar— ilişkili olduğu için Pete'in bu yerlerden mümkün olduğunca uzak durması söylendi. Ek olarak, eğer bir dürtü ortaya çıkarsa bunu nasıl idare edebileceği öğretildi. Dürtüleri uyarılmanın artması ile bağlantılı olduğu için, kumsalda olduğunu, uykusu gelmiş hissettiğini ve ılık güneşten zevk aldığını hayal ederek kendisini nasıl sakinleştirebileceği ile ilgili bilgilendirildi. Bu ve sonraki terapi seanslarında, kendini teşhir etme ve frottörizm dürtülerini genellikle ortaya çıkaran tipik durumlarda, dürtüleri doğrultusunda davranmak yerine, rahatladığı ve dürtünün üstesinden geldiği durumları hayal etme alıştırmaları yaptı.

Daha sonraki seanslar boyunca, birkaç diğer bileşen terapiye eklendi. İlk olarak, Pete'in mastürbasyon yaparken ve de bir kadından etkilendiğini ya da uyarıldığını hissettiği cinsel fantezilerini değiştirmeye çalışma girişiminde bulunuldu. İkinci olarak, hem evliliğin kendisi için hem de özel olarak Pete ve Helen arasındaki cinsel ilişki için evlilik terapisi gerekli görünüyordu. Terapinin her iki yönü de cinsel ilişkilerinin sıklığını ve çekiciliğini arttırmaya yöneltildi.

İki tarafın da istediği bir cinsel ilişkiyi Pete için daha çekici hâle getirmekteki ilk adım, Pete'in sadece birleşme fantezisi kurarak mastürbasyon yapmasını sağlamaktı. İlk başta, Pete frottörizm ya da halk içinde mastürbasyonu hayal etmedikçe tam bir ereksiyon sağlayamadığını belirtti. Mastürbasyona başlarken istediği herhangi bir fantezi (onun için bu sıklıkla frottörizm ya da halk içinde mastürbasyon oluyordu) ile kendisini uyarması ve orgazma yaklaştığında cinsel birleşme sahnesine geçiş yapması yönünde bilgilendirildi. Bunu kolayca yapabildi. Bir haftalık pratiğin ardından, cinsel birleşme fantezisini mastürbasyonun başlarına doğru çekmesi söylendi. Bunu, uyarılmasını kaybetmeden gerçekleştirebildi. Dördüncü haftada, frottörizm ve halk içinde mastürbasyon fantezileri olmadan mastürbasyonu başlatabiliyor ve tamamlayabiliyordu.

Terapinin bu kısmı ilerlerken, Pete ayrıca kadınların olduğu fantezilerini değiştirme üstünde de çalışmaya başlamıştı. Özellikle dar bir kot veya pantolon giymiş genç bir kadın gördüğünde, Pete'in genel tepkisi kadının kalçalarına sürtündüğünü hayal etmeye başlamak oluyordu. Pete'in bu fantezilerini değiştirmeye yardımcı olacak bir tedavi planlandı. Başlangıçta terapi seansı boyunca, Pete'e bir dizi dar kot giymiş genç kadın fotoğrafı gösterildi. Her uyaran için kadının mesleğini tahmin etmeye çalışmak gibi, cinsel olmayan bir fantezi yaratması istendi. Resim ile ilgili düşünürken, kadının kalçaları yerine yüzüne odaklanması konusunda desteklendi. Pete'in düşüncelerini dile getirdiği bir dizi denemenin sonunda, terapistin Pete'i yönlendirmesi ve geri bildirim vermesi ile birlikte dikkat dağıtıcı düşünceler ve fantezilerden bir repertuvar oluşturuldu. Bu repertuvar çekici bir kadın ile karşılaştığında cinsel olmayan düşüncelere sahip olmasına yardımcı olacaktı. Sonraki birkaç hafta boyunca, Pete hem seansta hem de evde bu yeni fantezileri pratik etmeye devam etti. Bu becerisi daha iyi hâle geldiğinde, günlük yaşantısında kullanması yönünde cesaretlendirildi. Kısa sürede, çekici genç bir kadın ile karşılaştığında gittikçe daha az sürtünme düşüncelerine sahip olmaya başladığını belirtti.

Pete'in cinsel ilişki teklifine kadınların olumlu cevap verdiği fantezileri de ele alındı. Hiçbir zaman bir kadını teşhir ya da sürtünme ile uyarmayı başaramamasına

rağmen, fantezi dünyasında bu girişiminin cinsel birliktelikle devam ettiğini sürekli olarak hayal ediyordu. Terapist, fantezileri ve gerçek hayat arasındaki çarpıcı tutarsızlığa dikkat çekti. Bu konunun aklına girmeye başlaması ile birlikte bu olayların kurbanlarını, aslında nasıl etkilediği üzerine derinlemesine düşünmesi konusunda desteklendi. Girişimlerinin aslında yarattığı üzücü duygulara dair, daha empatik bir algıya sahip olabilmesi amacıyla yönlendirildi.

Ardından evlilik terapisi başlatıldı. İlk olarak odak, evlilikteki cinsel olmayan problemler üzerindeydi. Terapistin aracı ve kolaylaştırıcı fonksiyonu ile, çiftin yaşadıkları çeşitli problemleri konuşması sağlandı. Tartıştıkları ilk problem, Pete'in ev işlerine yardım etmekteki başarısızlığıydı. Pete çok fazla yardımcı olmadığını kabul etti ama bir şeyler yapmaya çalıştığında, Helen'in genellikle yaptıklarında bir hata bulduğunu ekledi.

Helen, Pete'in analizine bir miktar katıldı. Örneğin, Pete çamaşırları yıkadığında, çamaşırları kurutucuda bırakıyordu ve çamaşırlar kırışıyor ve ütü gerektiriyordu. Helen'in açısından, bu durumda işten bir kazancı olmuyordu; çamaşırları kendisi yıkadığında, çamaşırları çabukça katlıyordu ve ütülemek zorunda kalmıyordu. Pete'in açısından, çabaları takdir edilmiyordu. Terapistin rehberliğiyle, Helen ve Pete durumun problem yaratan kısımlarını fark edebildiler. İkisi de diğerinin yaptığıyla ilgili iyi hissetmiyordu. Problemi çözmek için, Pete çamaşırları yıkamayı ve hemen katlamayı kabul etti ve Helen, Pete'in çabasını takdir ettiğini ona bildirmeyi kabul etti. Bu strateji, Pete'in denediği ama çabasının Helen'in takdirini kazanmadığı diğer ev işlerine (yemek yapma, süpürmek, temizlemek) de uygulandı.

Ardından, terapist çiftin Pete'in Helen'in kendisine karşı duygusal olarak yakın olmaması düşüncesini göz önünde bulundurması için yönlendirdi. Ama terapist, tartışmayı bu problem ile sınırlandıramadı; Helen hemen, Pete'e karşı genel saygı duyamaması ile ilgili konuşmaya başladı. Seans oldukça duygusal hâle geldi. Pete, anlaşılabilir olarak bir miktar defansif bir şekilde, aileyi geçindirebilmek için her zaman yapabildiğinin en iyisini yaptığını ifade etti. Seansın sonunda konu çözüme yakın bir hâlde bile değildi; terapist Pete ve Helen'e bir dahaki haftaya kadar konu üzerinde konuşmamalarını ama üzerinde düşünmelerini ve bir sonraki hafta bu konuyu tartışmaya hazır olmalarını söyledi.

İki gün sonra, Pete ekstra bir seans talep etmek için terapisti aradı. Bir sonraki gün görüştüklerinde, Pete görünür bir şekilde gergindi. Son seans sebebiyle gerçekten sarsılmış olduğunu, Helen'in kendisini bu kadar olumsuz görmeye başlaması ile ilgili hiçbir fikrinin olmadığını söyledi. Bu farkındalık, söylediğine göre, onu derinden etkilemişti ve daha önce hiç kimseye söylemediği bir şeyi, terapistin bilmesi gerektiğini hissetmişti. Geçen birkaç yıl içinde, özellikle bardaki dansçılar olmak üzere genç kadınlarla bir dizi rastgele cinsel ilişkide bulunmuştu. Birçoğunda cinsel ilişkiyi başarılı bir şekilde tamamlayamamıştı. Örüntü ilk cinsel ilişki girişimindeki ile benzerdi. Başta uyarılıyor ve tamamen ereksiyon olabiliyordu ama ardından ereksiyonunu kaybediyordu. Bu ilişkileri sonlandırmak ve Helen'i daha çok memnun edebilmek için baştan başlamayı istediğini söyledi.

Pete ve Helen ile bir sonraki seansta, Pete iş değiştirmeye karar verdiğini, iş aradığını ve birkaç tane umut vadeden girişiminin olduğunu hızlıca açıkladı. Pete'in ilişkiyi düzeltme konusunda ciddi olduğunu görünce, Helen epey memnun olmuştu. Helen, Pete'in ev işlerinde de daha çok yardımcı olduğunu belirtti. Pete'in evliliklerini düzeltme konusunda ciddi olduğuna inanmaya başlıyordu ve ona karşı takdirini ifade etmek ile ilgili iyi hissediyordu. Bir sonraki hafta, Pete alışveriş merkezinde kamera satışı görevi yürüttüğü bir işe girdi. Helen çok memnundu. İkisi de seks ile ilgilenmeye hazır olduklarını söylediler.

Terapinin bu aşamasına başlamadan önce, terapist Pete'in halk içinde mastürbasyon yapma ve frottörizmde bulunma dürtüleri ile baş etmedeki ilerlemesini kontrol etmek amacıyla Pete ile tek başına görüştü. Pete karşılıklı istekle gerçekleşen cinsel ilişki fantezileri ile mastürbasyon yapmaya başarılı bir şekilde devam ediyordu. Çekici, genç bir kadın görmenin artık otomatik olarak frottörizm düşüncelerine yol açmadığını ve eski dürtülerinin hiçbirini yaşamadığını belirtti.

Bu noktadan sonra, terapi hızla ilerledi. Helen, Pete ile ilgili daha iyi hissetmeye başladığı için, onun cinsel girişimlerine karşı koymayacağını söyledi. Cinsellikte hoşlandıkları ve hoşlanmadıkları şeyleri tartıştılar ve bir sonraki hafta boyunca birkaç cinsel deneyim planlama konusunda anlaştılar. Pete'e her zamanki ön sevişme alışkanlıklarından (penisini Helen'in kalçalarına sürtmesi) uzak durması söylendi. Çift, el ile ve oral yolla uyarmanın onun yerini alması konusunda anlaştı. Bir sonraki hafta dört kez cinsel ilişkide bulundular. Sonraki birkaç seans boyunca, çift evlilik problemleri üzerinde çalışmaya devam etti. İlerleme mükemmeldi. Cinsel etkileşimlerinin hem sık hem de tatmin edici olduğunu belirttiler. Pete ile yalnız gerçekleştirilen birkaç seansta halk içerisinde mastürbasyon yapma ya da frottörizmde bulunma dürtüsünü artık hissetmediği ortaya çıktı.

Tartışma

Pete'in problemleri, *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5'in* (APA, 2013) *parafili bozukluklar* kategorisine girmektedir—alışılmadık nesne ve aktiviteleri içeren sık görülen cinsel dürtüler, fanteziler ve davranışlar. Tanı sadece eğer kişi dürtüleri doğrultusunda davranırsa, onlar sebebiyle sıkıntı yaşarsa ya da dürtüler kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğine zarar verirse konulmaktadır. *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5,* parafili bozuklukları uygunsuz aktivite tercihi ve uygunsuz hedef tercihi ile karakterize olarak içermektedir. Uygunsuz aktivite bozuklukları, tipik olarak insanların kur davranışlarının bozuk olduğu hastalıkları içermektedir—gözetlemecilik, teşhircilik ve frottöristik bozukluklar. Gözetlemecilik bozukluğunda, cinsel uyarılma birini soyunurken izlemek ya da diğer kişinin bilgisi olmadan cinsel ilişkide bulunma ile bağlantılıdır. Teşhircilik bozukluğunda, cinsel uyarılma rızası olmayan birine cinsel organın teşhir edilmesi yolu ile olmaktadır. Frottörizm bozukluğunda, cinsel uyarılma rızası olmadan ve bazen bilgisi olmadan birine dokunma ya da sürtünme ile sağlanmaktadır. Uygunsuz aktivite bozuklukları, ayrıca cinsel uyarılmanın ağrı ve acı ile ilişkili olduğu, cinsel sadistik bozuklukta olduğu gibi acının başka birine çektiril-

diği ya da cinsel mazoşistik bozuklukta olduğu gibi, acının kişinin kendisi tarafından çekildiği bozuklukları da içermektedir. Uygunsuz hedef tercihleri, cinsel uyarılmanın pedofilik bozuklukta olduğu gibi çocuklar ile; kıyafet parçaları gibi cansız nesneler ile ya da ayak parmakları gibi cinsel olmayan vücut kısımları ile; travestik fetişizmde olduğu gibi karşıt giyinme ile bağlantılı olduğu bozuklukları içermektedir.

Pete'in iki ayrı problemi de, teşhircilik bozukluğu ve frottöristik bozukluk ve kur yapma davranışında bozukluğu içermekteydi. Frottöristik bozuklukta, davranışın zorlayıcı doğası değil, dokunma kısmı cinsel olarak zevk vericidir. Frottörizm ile ilgili çok az şey bilinmektedir, ancak klinik raporlar tek başına gerçekleşmediğini ve sıklıkla, Pete'de olduğu gibi, teşhircilik gibi diğer parafili türleri ile birlikte görüldüğünü belirtmektedir (Krueger ve Kaplan, 1997). Sıklıkla kurbanlar ne olduğunun farkına varamamaktadır ve farkına vardıklarında da genellikle olayı bildirmezler; frottörizm davranışlarını şikâyet etmek zordur çünkü suçu işleyenler, sıklıkla inkâr etmektedirler (Guterman, Martin ve Rudes, 2011). Ergenliğinde, Pete ayrıca kız kardeşi ile onu sürekli cinsel olarak istismar ettiği ensest bir ilişkiye de sahipti. *Ensest* yakın aile bireyleri arasındaki cinsel ilişkilerdir ve *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM-5*'te (APA, 2013) pedofilinin bir çeşidi olarak yer almaktadır. Pete'de olduğu gibi, ensest en çok erkek kardeş ve kız kardeş arasında yaygındır.

Diğer parafililer gibi, teşhircilik bozukluğu neredeyse sadece erkekler arasında görülmektedir. Kişilerin tutuklandığı cinsel suçlardan en sık görülenidir ve bu tarz tutuklamaların üçte birini oluşturmaktadır. Normal durumdaki penise ya da Pete'in durumunda olduğu gibi, mastürbasyonun da eşlik edebildiği erekte hâldeki penise maruz bırakmayı içerebilir. Bozukluk ilerledikçe teşhir motivasyonu farklılaşabilmektedir. Ergenlikte başladığında, cinsel olarak haz vericidir, ancak yetişkinlikte teşhire cinsel hazdan ziyade genel bir haz eşlik etmektedir (McConaghy, 1994). Davranış sırasında, yetişkin teşhirci genellikle uyarılmanın hem bilişsel hem fizyolojik belirtilerini hissetmektedir—gerginlik, çarpıntı, terleme ve titreme. Çoğu kişi, dürtünün çok kuvvetli olduğunu, bu sebeple kontrollerini ve hatta bazen ne yaptıklarına dair farkındalıklarını kaybettiklerini belirtmektedir. Kendini teşhir etme dürtüsünün en sık görülen tetikleyicileri, teşhircilik bozukluğu olan erkeklerin belirttiklerine göre sıkıntı ve strestir (Grant, 2005). Sadece birkaç kişi şok ve tiksinme uyandırmak istediğini belirtirken çoğu kişi, teşhirin hedefi olan kişinin fark etmesini ve ilgi ve haz ile tepki vermesini istemektedir. Teşhirciler tanımadıkları kişiye teşhirde bulunmayı tercih ederler (Freund ve Watson, 1990).

Klinik bilimi teşhircilik bozukluğa sahip olan kişilerin genellikle kurbanları ile cinsel ilişkiye girmeyi aramadıklarını önerse de araştırma bulguları, Pete gibi, bazılarının cinsel temas içeren suçlardan tutuklandıklarını belirtmektedir. Örneğin, Sugarman, Dumughn, Saad, Hinder ve Bluglass (1994) büyük bir teşhirci örneklemini takip ettiler ve bunların yüzde 26'sının, daha sonra tecavüzü de içeren cinsel suçlar ile tutuklandıklarını buldular. Diğerleri yakalananların yarısının ilk tutuklanmalarını takip eden 5 yıl içerisinde tekrar suç işlediklerini ve önemli bir kısmının şiddetli cinsel suçlar işlediğini bulmuşlardır (Rabinowitz-Greenberg, Firestone, Bradford ve Greenberg, 2002). Egzibisyonizm sıklıkla frottörizm ile birlikte görülmektedir (Tan ve Zhong, 2001).

Parafili bozukluğu olan kişiler sıklıkla başka psikolojik bozukluklara da sahiptir. Kafka ve Hennen (2002) parafililer için gönüllü olarak ayakta tedavi olan 88 erkeği değerlendirmişler ve yüzde 17'sinin çocukluk dönemi fiziksel istismarı ve yüzde 18'inin çocukluk dönemi cinsel istismarı belirttiklerini; yüzde 61'inin tutuklandığını (her zaman parafili ile ilgili değil) ve yüzde 25'inin psikiyatrik problemler sebebiyle hastanede tedavi gördüğünü bulmuşlardır. Örneklemde egzibisyonizm en sık görülen parafili bozukluktur ve bunu pedofili ile röntgencilik takip etmektedir. Özellikle duygudurum bozukluğu, madde kötüye kullanımı, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ileti bozukluğu ya da antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi sık görülmektedir (Dunsieth ve ark., 2004). Egzibisyonistik bozukluğa sahip erkeklerden içki içme problemi olanların, cinsel suçtan tutuklanma ihtimalleri daha yüksektir (Firestone, Kingston, Wekler ve Bradford, 2006).

Parafili ile ilgili inceleme yazılarında, Saleh ve Berlin (2003) bozukluğun genellikle ergenlikte ortaya çıktığını ve oluştuktan sonra sıklıkla sabit ve uzun süreli olduğunu belirtmişlerdir. Egzibisyonistik bozukluğu olan erkekler, genellikle kendilerini en az ayda bir kez, birçoğu ise haftada bir olmak üzere sıkça teşhir etmektedirler (Grant, 2005). Parafili bozukluğu olan kişilerin çoğu, kendi rızası ile tedavi arayışına girmemektedir ancak mahkeme emri ile hapishanede iken tedavi almak zorunda kalmaktadır. Sıklıkla cinsel davranışlarının sapkınlığının boyutunu kabul etmemektedirler. Yetişkin cinsel suçluların yüzde 90'a kadarı ilk cinsel suçlarını erken ergenlikte işlemektedir (Shi ve Nicol, 2007). Gözaltı kayıtlarına göre; poligraf (yalan dedektörü) testi ile sorgulama sırasında, cinsel suç işleyenler daha fazla sayıda parafili davranışları olduğunu ve belirgin bir şekilde daha erken yaşta başladığını itiraf etmektedirler (Wilcox ve Sosnowski, 2005). Bunlar, iki katı kadar egzibisyonizm ve halk içinde mastürbasyon vakasını itiraf etmektedirler. Ayrıca, gözaltı kayıtlarının hiçbiri frottörizmden bahsetmemektedir ama poligraf değerlendirmesindeki erkeklerin yarısı, frottörizmde bulunduklarını itiraf etmektedir. Bu durum, cinsel suçluların sapkın cinsel davranışlarının sıklık ve kapsam olarak şüphelenilenden çok daha fazla ve geniş olduğunu ortaya koymaktadır. Ek olarak, bu erkekler cinsel suçlara, bu sebeple tutuklanmalarından ortalama olarak 14 yıl önce başladıklarını itiraf etmektedirler. Mahkeme yönlendirmelerinden edinilen veriye göre, egzibisyonizm genellikle ergenlikte başlamakta, yirmili yaşlarda devam etmekte ve ardından azalmaktadır. Sıklık gerçekten azalıyor mu, yoksa daha yaşlı olan egzibisyonizm hastaları daha az sıklıkta mı tutuklanıyor bilinmemektedir.

Etiyolojik Değerlendirmeler

Parafililerin kökeni ile ilgili biyolojik teoriler, parafililerin beynin ya da endokrin sistemin yapısı ya da işlevi ile ilgili problemlerden kaynaklanabileceğini belirtmektedir. Travmatik beyin hasarı yaşayan erkeklerin yaklaşık yüzde 8'i egzibisyonizm ya da uygunsuz dokunma gibi anormal cinsel davranışlar göstermektedir (Simpson, Tate, Ferry, Hodgkinson ve Blaszczynski, 2001). Fakat, cinsel suçlar sebebiyle hapsedilmiş bireylerle yapılan nöropsikolojik değerlendirmelerde, tutarlı olarak bir beyin fonksiyon bozukluğu ya da beyinde tutarlı bir biçimde anormal cinsel davranışa sebep olan bir kısım ortaya konamamıştır. Bunun için daha fazla araştırma gereklidir. Beynin

uyarıcı ve ketleyici fonksiyonlarındaki anormallikler cinsellikle ilgili oldukları için bağlantılı olabilir (Toates, 2009). Stres ve madde kullanımı, bir kişinin kendini sınırlandırma becerisini zayıflatmaktadır ve parafilisi olan kişiler, bazen istemli olarak davranışlarının olumsuz sonuçları ile ilgili düşünmekten kaçınmaktadır; tüm bunlar azalmış ketleyici fonksiyon ile sonuçlanmaktadır.

Parafili ve pornografi kullanımı, mastürbasyon sıklığı ve cinsel partner sayısı gibi cinsel davranışların yüksek oranları arasında bir ilişki bulunmuştur (Långström ve Seto, 2006). Araştırmacılar, cinselliğe karşı bu abartılı ilgilinin parafililerle nasıl ilişkili olduğunu araştırmaktadır. Bazıları hormonal anomalilerin ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir, ama bulgular bu teoriyi tutarlı bir şekilde desteklememiştir.

Parafili bozuklukları sebebiyle tutuklanan kişilerin pasif suçlardan ve cinsel olmayan suçlardan tutuklanan kişilere göre, çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismara uğramış olma; çocukken davranış problemlerine sahip olma ve disfonksiyonel ailelerden gelmiş olma ihtimalleri daha fazladır (Lee, Jackson, Pattison ve Ward, 2002). Kimileri, travma öyküsü ve ailedeki işlevsizliğin parafililer için önemli bir etiyolojik faktör olduğunu öne sürmektedir. Teşhircilik çocukluk dönemi duygusal istismarı, aile işlevsizliği ve çocukluk dönemi davranış problemleri ile ilişkilendirilmiştir. Teşhirciliği olan erkeklerin, ailelerini az ilgili olarak belirtme ihtimalleri daha fazladır (Bogaerts, Vanheule, Leeuw ve DeSmet, 2006). Pete'in geçmişinin bazı özellikleri, teşhircilerin genelinin özellikleri ile benzerdir. Dahası, evlilikleri cinsel uyumdaki zorlukları ile işlevsiz olma eğilimindedir. Teşhirciler az miktarda yakın arkadaşları ile sosyal açıdan izole olma eğilimindedir.

Erkeklerde, parafililerde, kur yapma davranışları ve becerilerin bozukluğu anlaşılabilir. Kişiler arası ipuçlarını anlamakta zorluk yaşayan ya da cinsel ilgiyi toplumsal olarak kabul edilebilir şekilde ifade edebilme sosyal becerisine sahip olmayan erkekler parafili geliştirebilirler. Erkek teşhircilerle yapılan bir araştırmada, teşhircilerin, teşhirci olmayanları uyarmayan bir uyaran ile uyarılıp uyarılmadıklarını belirlemek için penisin çevresini ölçen bir alet, penil pletismograf, kullanılmıştır (Fedora, Reddon ve Yeudall, 1986). Normal erkeklerle ve şiddetli saldırıda bulunmuş cinsel suçlularla karşılaştırıldıklarında, teşhirciler, yürüyen merdivende durma ya da parkta oturma gibi cinsel olmayan durumlarda, tamamıyla giyinik kadınların olduğu slaytlarda, belirgin bir şekilde daha fazla uyarılma göstermişlerdir; erotik ve cinselliğin belirgin olduğu slaytlara karşı benzer seviyelerde cinsel ilgi göstermişlerdir. Bu sonuçlar, teşhircilerin cinsel ilişkinin kur aşamasındaki ipuçlarını, teşhirci olmayan kişiler tarafından erotik olarak değerlendirilmeyen belirli durumları, cinsel olarak algılayarak yanlış yorumladıkları ileri sürülmektedir. Teşhirciler ayrıca, bazılarının şiddet içeren suç işlemeleriyle de tutarlı olarak, şiddet sahnelerine kısmen daha fazla cinsel uyarılma göstermişlerdir (Seto ve Kuban, 1996). Şiddete karşı cinsel uyarılma, cinsel suçlular ile yürütülen 20 yıllık boylamsal bir çalışmada, cinsel tekrar suç işlemenin en kuvvetli yordaycısı olarak saptanmıştır (Kingston, Seto, Firestone ve Bradford, 2010).

Pete'in durumu, terapisini yönlendiren, öğrenme ilkeleri kullanılarak kavramsallaştırılabilir. İlk olarak, erken ergenlik süresince, Pete orgazmın sürtünme ile bağ-

lantılandığı rastlantısal bir koşullanma deneyimi yaşadı. Bu tarz tek bir deneyimin uzun süreli bir etki yaratma ihtimali olmasa da, sürtünme ve orgazm arasındaki bağlantı kendisi ve kız kardeşi arasında meydana getirdiği birçok benzer deneyimle ve mastürbasyon fantezilerinde bu karşılaşmaların tekrarıyla güçlenmiş olabilir. Klasik cinsel ilişkideki ilk başarısızlığı, sosyal beceri eksikliği ve nadiren olan randevuları ile birleşerek, frottörizme olan ilgisini sürdürdü ve teşhirciliğin gelişmesine zemin hazırladı. Son olarak, eşi ile olan başarısız cinsel ilişkisi eski davranış örüntüsünden vazgeçebilme fırsatı sağlamadı.

Bu yaklaşım, tüm soruları açıklayamamaktadır. Pete neden frottörizm alışkanlığını kardeşi ile pekiştirdi? Flört edebilmesini sağlayacak beceriler geliştirmeye ve klasik cinsel hazlardan daha çok zevk almaya çalışmak yerine, teşhircilik yapmasına ne neden oldu? Neden cinsel fantezileri teşhir etmenin ya da sürtünmenin kadınları uyaracağı fikrini içeriyordu? Teori ayrıca erken cinsel deneyimlerin çok uzun süreli etkilerinin olduğunu, ama erken cinsel deneyimlerin her zaman ömür boyu etkisinin olmayacağını belirtmektedir. Yeni Gine'deki Sambia kabilesi ile yapılan bir çalışmada önemli bir noktaya açıkça değinilmiştir (Bhugra, Popelyuk ve McMullen, 2010). Erkek kabile üyelerinin cinsel davranış aşamaları vardır. 7 yaşından geç ergenliğe kadar olan ilk aşama süresince, erkek çocuklar, daha büyük çocuklara olabildiğince sık olarak oral seks yapmaktadırlar, çünkü ömür boyu yetecek meni kaynağını içmeleri gerektiğine dair inanışları vardır. Ergenlikten evliliğe kadar olan ikinci aşama boyunca, kadınlar yasaktır ve genç erkekler sıklıkla erkek çocuklara oral seks yaptırmaktadır. Evlendikten sonra, kabile üyeleri sadece kadın eşleri ile cinsel aktivitede bulunurlar. Erken cinsel deneyimleri, yetişkinlik cinsel uyarılma örüntüleri üzerinde bariz bir şekilde çok az etkiye sahiptir.

Tedavi

Parafili bozuklukların tedavisi, genellikle ceza yargılaması sisteminin ve suçu cezalandırma ve tekrar suç işlemeyi önleme hedefinin dâhil olması sebebi ile karmaşıktır. Müdahaleler mecburi cerrahi kastrasyonu içermektedir (Gordon, 2008). Teşhircilik ya da frottöristik bozukluklarının tedavisinde kullanılan belirli terapilerin etkinliği ile ilgili çok az sayıda kontrollü çalışma vardır. Kontrollü çalışmaların eksikliğinin ana nedeni, kontrol grubunu tedaviden alıkoyma ve ardından tedavi edilmeden halkın arasında salınması ile ilgili etik problemdir. Var olan çalışmaların sonuçları, yaklaşık yüzde 30'dan 90'a olan başarı oranları ile oldukça değişkendir (Marshall, Jones, Ward, Johnston ve Barabee, 1991). Terapistin özellikle sıcaklığı, empatisi ve cesaretlendirmesi tedavinin etkinliği ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Marshall, Marshall ve Serran, 2006). Terapistin bu özellikleri, danışanın savunuculuğunu ve tedaviye direncini aşmaya yardımcıdır çünkü değişim motivasyonu tipik olarak düşüktür ve araştırmalar; bu özelliklerin kimin tekrar suç işleyeceğini ve kimin işlemeyeceğini belirlemede, kullanılan belirli terapi tipinden daha etkili olabildiğini ileri sürmektedir.

Günümüzdeki bilişsel-davranışçı müdahaleler bireyin yaşamının birçok yönünü hedef almaktadır. Bunlar, sorumluluk inkârını aşmak; sosyal becerileri arttırarak ve benlik ile ilgili düşünceler üzerinde durarak kişiler arası ilişkiler kurabilme kapasitesini arttırmak; sapkın cinsel uyarılma örüntülerini direkt olarak değiştirmek, nüksü önlemek ve hastalık sonrası bakımdır (artbakımdır) (Marshall ve ark., 2006). Pete'in terapisinde, Pete'in mastürbasyon fantezilerini direkt olarak değiştirmeyi de içeren, birden çok strateji kullanıldı ki bu yaygın olarak görülmektedir. Dandescu ve Wolfe (2003), çoğunluğu mahkeme kararı ile tedavide olan teşhircilik ve pedofilisi olan kişilerin fantezilerini incelemişlerdir ve çoğunun ilk parafili cinsel deneyimlerinden önce sapkın mastürbasyon fantezileri yaşadıklarını ve sapkın fantezilerin sayısının zamanla arttığını bulmuşlardır.

Pete'in terapisti ayrıca teşhir etme dürtüsünü ortaya çıkaran bir sahneyi hayal edip gevşeme ile üstesinden gelmeyi içeren *alternatif davranış tamamlama* (Maletzky, 1997) adı verilen bir teknik kullandı. Pete çekici kadınlar sebebiyle ortaya çıkan fantezilerini, alıştırma yaparak yenileri ile başlangıçta resimlerle ve ardından doğal ortamda karşılaştığı kadınlarla değiştirmeye başladı. Ayrıca çarpık bilişlerini değiştirmek ve kurbanlarına karşı empatiyi arttırmak amacıyla da girişimde bulunuldu. Son olarak, evlilikteki geçimsizlikte azalma ve eşi ile arasındaki cinsel ilişkideki gelişme, terapinin genel başarısına katkı sağladı.

Ayrıca biyolojik müdahalelerde de bulunulmaktadır. Antidepresanlar ve kaygı giderici ilaçlar için olumlu sonuçlar ileri süren vaka çalışmaları bildirilmiştir (Abouesh ve Clayton, 1999; Terao ve Nakamura, 2000). Araştırmacılar parafilinin tedavisi için siproteron asetat, tüm cinsel davranışları azaltan bir antiandrojen, kullanımını değerlendirmişlerdir. İlacın bırakılmasının ardından bile, bazı erkeklerde teşhircilik davranışını tamamen ortadan kaldırdığı bulunmuştur, ama yan etkileri vardır (Bradford, 2001). Testosteron düzeylerini düşüren ve böylece cinsel uyarılmayı azaltan bir ilaç olan medroksiprogesteron asetat ile de çalışmalar yapılmıştır. Düzenli kullanıldığında yeniden suç işleme eğilimini azaltmada etkili olsa da, tedavi sonlandığında davranışlar tekrar oluşmaktadır (Meyer, Cole ve Emory, 1992) ve ilaç, bırakılmasına yol açabilecek, hoş olmayan yan etkilere sebep olmaktadır. Daha yeni bir testosteron azaltıcı ilaç olan löprolid asetat, parafilinin tedavisinde umut vadetmektedir ve daha az yan etkisi bulunmaktadır (Saleh, Niel ve Fishman, 2004).

Tartışma Soruları

1. Hangi çocukluk yaşantılarının Pete'in parafili bozukluk geliştirmesinde özellikle önemli olduğunu düşünüyorsunuz? Bunların daha sonraki semptomları ile nasıl ilişkili olduğunu düşünüyorsunuz?
2. Parafili bozukluğu olan erkeklerde ortak görülen bir özellik cinsel davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerini göz önünde bulunduramamalarıdır. Bu durum, Pete'de kendini nasıl göstermiştir? Ayrıca hayatının diğer alanlarına da yayılmış mıdır?

3. Parafilisi olan bireylerle araştırma yapmada karşılaşılan belirli engel ve zorlukların bazıları nelerdir? Bu, parafililerle ilgili bildiklerimizi nasıl etkileyebilir?
4. Pete, terapistine evlilik dışı ilişkiler yaşadığını açıkladı. Sizce terapist bunu Helen'e itiraf etmesi konusunda cesaretlendirmeli miydi? Neden? Bu yardımcı mı olurdu, zarar mı verirdi?

DİZİN

A
AA. *bk.*, Adsız Alkolikler (AA)
Acil durum yönetimi, 147
Adsız Alkolikler (AA), 50, 56, 251, 254, 259, 284
Adsız Narkotik (NA), 42, 50, 283-284
Afro Amerikalılar, 202, 246, 255-256
Agorafobi. *Ayrıca bk.*, Panik bozukluğu
  özgül fobiler, 87
  tanısı, 86
Ağır içki içme, 250
Ağırlık düzenlemesi, 172
Aile terapisi yaklaşımları
  anoreksiya nervoza, 172
  karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), 248
Aleksitimi (tepkisizlik/duygusuzluk), 157
Alkol bağımlılığı, 255-256, 259
Alkol kötüye kullanımı, 255
Alkol kullanım bozukluğu, 250-275
  Ağır içki içme geçmişi, 250
  DSM-5 ölçütleri, 255
  etiyolojik değerlendirmeler, 256-258
    alkol miyopisi, 258
    çevre etkisi, 256
    doğum öncesi prenatal alkol maruziyeti, 257
    genetik etki, 256
    içmenin toplumsal kabul edilebilirliği, 257
    kişilik özellikleri, 257
  gerilim azaltma modeli, 257-258
  İlk oturum, korkutmaktan kaçınmak, 250-251
  insanların stres tepkilerini azaltmak, 257
    kaygıyı azaltma, 257
    uyaranlara stres yanıtını değiştirmek, 257
  kriterler, 255
  sosyal geçmişi, 251-252
    içme örüntüsü, 252
    iş başında içmek, 252
    kaygı, sosyal durumlar, 251
  Takip, 254-255
    grup toplantıları, 255
    orta derecede içki içme, bakım, 254
    terapi seansları, 255
  tedavi, 253-254, 258-260
    AA tedavisi, 259
    amaç olarak yoksunluk, 253-254
    atılganlık eğitimi, 259-260
    ayakta grup tedavisi, 259
    benzodiazepinler, 258
    disulfiram, 259
    gevşeme eğitimi, 259
    naltrekson, 259
    sosyal beceri eğitimi, 259
  ve olumsuz duygudurum, 258
  vitamin eksiklikleri, 256
  yaşam boyu yaygınlık oranları, 255-256
Alkol miyopisi, 258
Alkolizm, 87, 88
Alprazolam (Zanaks), 80, 90
Amfetamin (Adderall), 23
Anhedoni, 30
Anksiyete bozukluğu. *Ayrıca bk.*, Panik bozukluğu
  ABD'de, 85-86
  benzodiazepinler, 90

*Çeviren: Muzaffer Şahin

bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, 81
depresyon ve madde kullanım istismarı, 87
DSM-5 kriterleri, 85-86
ECA çalışması, 87
geleneksel psikoloji, 88
hafif sakinleştiriciler, 90
olduğundan fazla tahmin etme olasılığı, 83
panik atakların varlığı/yokluğu, 86
uykusuzluk, 80
uyumsuz duygular, 88
Anoreksiya nervoza kısıtlı tip, 168
Anoreksiya nervoza, 162-173
açlığın fiziksel etkileri, 165
aile ilişkileri, 163-164
aşırı koruyucu aileler, 163
boşanma, 164
cinsiyete dayalı yaygınlık oranları, 167-168
DSM-5 ölçütleri, 168
etiyolojik değerlendirmeler, 169-171
aile faktörleri, 170
biyolojik faktörler, 169
cinsel istismar, 171
genetik faktörler, 169-170
kültürel tutum ve standartlar, 170-171
kısıtlayıcı tip, 168
komorbid (eş tanılı) hastalıklar, 169
özelliği, 169
psikolojik belirtiler, 169
sosyal geçmiş, 162-164
tedavi, 167-168, 172-173
aile terapisi, 172
BDT ve psikodinamik teknikler kombinasyon, 172
bilişsel terapi, 172-173
davranışsal teknikler, 172
hastalar için prognoz, 173
hastaneye kaldırma, 167, 172
tıkınırcasına yemek yeme/telafi türü, 168, 169
yaygınlık oranları, 168
yeme bozukluğu başlangıcı, 164-167
cerrahi, 164-165
fiziksel etkiler, 165
sınırlı gıda alımı, 165
tıkınırcasına yeme, 166
Anormal aktivite bozuklukları, 296
Antidepresanlar, 72-74, 108, 116
biriktirme bozukluğu, 108
BPD, 281, 282
kadın orgazm bozukluğu, 217
otistik bozukluk, 11
somatik belirtiler bozukluğu, 159
tecavüz travması, 130, 131
Antipsikotik ilaçlar
atipik, 49-50
geleneksel formlar, 37
ikinci nesil, 37
otistik bozukluk, 11
paranoid kişilik bozukluğu, 275
psikotik belirtiler, 37
psikotik bozukluk, 50
Antisosyal kişilik bozukluğu
genetik faktörler, 159
ODD ve DEHB, 244
psikiyatrik tanı
şizofreni, 48
tanı kriterleri, 45, 48
Aşılar, otizm, 11
Aşırı duyarlılık, 9
Aşırı uyarılma, 129
Atipik antipsikotik ilaçlar
antidepresanlar, 287
kullanımı, 49-50
motor yan etkileri, 37
tanım, 37
Ayakta tedavi psikoterapisi, 109
biriktirme bozukluğu, 109

B

Bağımlılık/bağımlılık davranışları, 99
Barbitüratlar, 87
Baskı 140
Başlatma- durma prosedürü, 211, 217
Erken boşalma tedavisi, 217
Batıl inanç, 96, 172
BDNF. *bk.,* Beyin kökenli nörotrofik faktör (BDNF- BKNF)
BDT ve psikodinamik tekniklerin kombinasyonu
anoreksiya nervoza, 172
BDT. *bk.,* Bilişsel-davranışçı terapi (BDT)
Beden algısı, 172, 183-184

Beden dismorfik bozukluğu, 98
Benzodiazepinler, 80, 90, 258
alprazolam (Zanaks) ve diazepam (Valium), 90
Anksiyete bozuklukları ve uykusuzluk, 80
Berlin, F.S., 298
Beyin- kökenli nörotrofik faktör (BDNF-BKNF), 114
Biederman, J., 22
Bilişsel çarpıtmalar, 83, 171, 172, 275
Bilişsel davranışçı tedavi, 116
anksiyete bozuklukları için, 81
biriktirme bozukluğu, 116
panik bozukluk için, 89
Bilişsel yeniden yapılandırma
BKB, 282-283
gevşeme eğitimi, 81
kullanma, 90
tanım, 83
terapist, 83
travma sonrası stres bozukluğu, 126
Bilişsel-davranışçı terapi (CBT), 104
anoreksiya nervoza, 172-173
Anoreksiya nervoza için, 172
BKB, 282
bulimiya nervoza için, 179, 188-189
paranoid kişilik bozukluğu, 275
paranoid PB için, 275
somatik semptom bozukluğu, 160
tecavüz travması, 126
TSSB için, 130-131
Bilişsel-davranışsal yaklaşım
agorafobili panik bozukluk, 89
BKB, 282
bulimiya nervoza, 179
kadın orgazm bozukluğu, 217
KOKGB, 248
otistik bozukluk, 10
paranoid kişilik bozukluğu, 275
somatik semptom bozukluğu, 160
tecavüz travması, 126
Bill McClary vakası. *bk.*, Şizofreni paranoid sanrılar ile
Bipolar (iki uçlu) bozukluk, 52-62
ABD Olimpiyat atletizm takımı, 52
arda kalan belirtiler, 57
bipolar bozukluğu olan hastalarla antidepresan, 54
etiyolojik değerlendirmeler, 60-61
evlilik uyumu, 60-61
genetik faktörler, 60
hipomanik epizodlar, 53, 59
kavramsallaştırma ve tedavi, 56-58
manik epizodlar, DSM-5 kriterleri, 58
psikolojik sorunlar, 52
psikoterapi, 62
semptomlar
depresyon, 53
olağan dışı hırs dönemleri ve enerji, 53
siklotimi (döngüsel), 59
sosyal geçmiş, 56
şizofreni, 56
tedavi, lityum karbonat, 56, 58
yaygınlık, 59
Bipolar II bozukluk, 59
Bireysel oyun terapisi, 241-242
Biriktirme bozukluğu
biriktirilmiş eşyalar yığını, 113
bitkinlikle ilişkili kaçınma, 114
cinsiyete dayalı araştırma, 114
DSM-5 ölçütleri, 113
duygusal nedenlerden, 112
erken başlangıç ergenlik döneminde/genç yetişkinlik, 114
etiyolojik değerlendirmeler, 114-116
antropomorfizm, 115
başlama, stresli yaşam olayları, 115
BKNF, 114
cezalandırma, itici etki, 115
çevresel faktörler, 115
"gelişen gen" uyum sağlayıcı tepki, 114
genetik faktörler, 114
kendini kontrol etme eksiklikleri, 115
organik biriktirme, 115
kavramsallaştırma ve tedavi, 108-112
ayakta psikoterapi, 109
gerçek dışı korkular, 112
kaygı ve depresyon, 109
Komşu Komşuya Yardım Eder (gönüllü organizasyonu), 111
psikoterapi, 109

süreğen depresif bozukluk, 109
tanı kriterleri, 109
tasnif ile uğraşmak, 110
yaşam alanının görünümü, tartışma, 109-110
majör depresif bozukluk (MDB), 113
obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 113
sosyal geçmiş 107-108
aile, 107
depresyon, 108
sosyal işlevsellik, 108
tartışma, 113-114
tedavi, 116-117
antidepresanlar, 116
bilişsel davranışçı tedavi, 116
ilaç tedavi, etkililiği, 116
motivasyonel görüşme, 116
örgütsel sistemleri kurmada yardım, 116
seçici serotonin geri alımı Inhibitörleri (SSRI'ler), 116-117
zarar azaltma, 116
yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 113
BKB. Borderline kişilik bozukluğu (BKB)
Bluglass, S., 297
Brown, G. W., 70
Bulimia nervoza, 174-190
bilişsel-davranışsal yaklaşım, 179
biyolojik faktörler, 187
etiyolojik değerlendirmeler, 187
iştah kontrolü, 175
kültürel etki, 187
psikolojik faktörler, 187-188
serotonin, 187
sosyal geçmiş, 176-179
madde kullanım sorunları aile içinde, 176
olumsuz duygusal tepkiler, 177
sosyokültürel etkiler, 187
tedavi, 179-185, 188-189
atılganlık davranışı, 182-183
başa çıkma, 185
BDT, 188-189
beden algısı, 183-184
diyet ve nedensel faktörler, 184
düşünce, duygu ve davranışlar, ilaç tedavisi, 188
ilaçlar ve BDT kombinasyonu, 189
ipuçları ve sonuçları, 180-181
kendini izleme, 179-180
mükemmeliyetçilik ya tamamı ya da hiç şeklinde düşünme, 181-182
problem çözme ve stres azaltma, 184-185
sağlıklı egzersiz ve nüks önleme, 185
yoksunluk ihlali etkisi, 189
tıkınma/boşaltma döngüsü, 175, 178

C

Cade, J. F. J., 61
Cameron, N., 273, 275
Carr, L. G., 257
Castellanos, F. X., 21-22
Ceza
biriktirme bozukluğu, 115
obsesif kompulsif bozukluk, 94
OKB, 245
otistik bozukluk, 6
parafililer, 300
SKB, 286-287
Cezai faaliyet, 99
Chen, L., 22
Cinayete teşebbüs, 268
Cinsel istismar
anoreksiya nervoza, 171
DKB, 145-146
hastanın hatıraları, 148
parafililer, 292, 299
SKB, 286-287
Cinsel işlev bozuklukları, 204-218. *Ayrıca bk.*, kadın orgazm bozukluğu
erektil bozukluğu, 213
Erkekte hipoaktif cinsel istek bozukluğu, 213
Erken boşalma, 213
Gecikmiş boşalma, 213
Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, 213
Kadın cinsel uyarılma bozukluğu, 213
Kadın orgazm bozukluğu, 213
Cinsel mazoşizm, 297
Cinsel sadizm, 296
Cinsel takıntılar, 99
Cinsel yanıtın çözüm safhası Döngü, 213

Cinsiyet disforisi, 219-235
androjen, 219
cinsiyet kimliği, 230
DSM-5 kriterleri, 231
Eril cinsel kimlik, 221
eşcinsellik ve transseksüellik, 232
etiyolojik değerlendirmeler, 232-234
akran ilişkileri rolü, 233
çevresel olaylar, 233
ebeveyn ve aile önemi, 232-233
genetik faktörler, 233
hormon tedavileri, 226
izleme, 227-230
cerrahi müdahaleler, 228-229
ebeveynlik, 229-230
ergenlik, 227
fiziksel değişimler, 227
psikoterapi, 227
yaratıcılık, 228
kadın o (she) zamiri, 219
kadın transseksüel ve erkek transseksüeller, 232
kesin epidemiyolojik veriler, 231
olağan dışı toplumsal uyum, 226
öznel algı, 220, 235
semptomlar, 234-235
sosyal geçmiş, 221-226
akademik ve ders dışı faaliyetler, 223
fiziksel ilişki, 224-225
konuşma, alışveriş ve yemek pişirme, 222
spor, 221-222
tek eşlilik ilişkileri, 226
yüzme dersleri, 222
tanı ve rahatsızlıklar, cinsiyete göre kimlik, 231
tedavi, 234-235
erkek-kadın cerrahisi transseksüeller, 234-235
kadın-erkek cerrahisi transeksüeller, 234
kozmetik hususlar, 234
yakın ilişkiler, 220
Cinsiyet farklılıkları
anoreksiya nervoza, 167-168
somatik semptom bozukluğu, 155
Cinsiyet kimliği bozuklukları, 219-235. *Ayrıca bk.*, Cinsiyet disforisi
Cinsiyetler arası kimlik, 232. *Ayrıca bk.*, Cinsiyet disforisi
Cleckley, H. M., 146
Colby, K. M., 273-275
Cook, T. A. R., 257
Craig, T. K. J., 157-158

Ç

Çevresel faktörler
alkol kullanım bozukluğu, 256
anoreksiya nervoza, 170
BKB, 286-287
KOKGB, 245
otistik bozukluk, 10
Çift körlemesine ve plasebo kontrollü çalışmalar
Sınırda kişilik bozukluğu (BKB), 287
Çocuk istismarı
anoreksiya nervoza, 171
BKB, 286-287
Parafililer, 292
somatik belirti bozukluğu, 158
Çoklu kişilik bozukluğu
bilincin bozulması, 140
DSM-5 kriterleri, 142, 143
etiyolojik değerlendirmeler, 144-146
izleme, 141-142, 146, 147
kavramsallaştırma ve tedavi, 139-141
sosyal geçmiş, 138-139
sosyobilişsel model, 145
tanı belirteçleri, 144
tedavi
disosiyatif olmayan başa çıkma becerileri, 141
disosiyatif epizodlar, çözülme, parçalanma, 140
farklı kişiliklerin bütünleştirilmesi asıl kimlikte, 146
hipnoz kullanımı, 144-145
kişiler arası, problem çözme yaklaşımı, 141
kişiliğin en fonksiyonel dengelemesi, 146
travmatik olay, 135
video kaseti kullanımı, 146

temaruz (hasta numarası yapma), 139, 144, 145

D
Damgalamak, 47
Dandescu, A., 301
Danesh, J., 49
Danışan merkezli terapi
BKB, 288
paranoid kişilik bozukluğu, 274-275
Davranım bozukluğu ve DEHB, 20-21
Davranış terapisi/davranışsal tedavi yöntemler, 108
otistik bozukluk için, 11
Davranışçı teknikler
anoreksiya nervoza, 172
DDT. *bk.*, Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)
Mills, K., 157
Değişen kişilikler DKB
distimi, 139
DKB, 137
DSM-5 kriterleri, 143
hipnoz, 144-145
tanısı, 143-144
DEHB. *bk.*, Dikkat eksikliği/Hiperaktivite bozukluğu (DEHB)
Dejeneratif nörolojik hastalık, 193
Depakote, 61
Depo-testosteron, 227
Depresif üçlü, 69
Depresyon, 108
bipolar hastalar, 61
biriktirme bozukluğu, 108
bulimiya nervoza, 187, 188
cinsel işlev bozukluğu, 208, 215
çevre koşulları, 70
depresif bozukluğu olanlar, 60
depresif üçlü, 69
DSM-5 kriterleri, 69
duygudurum bozuklukları, 58
hipomanik epizodlar, 53
KAT, 73
manik epizodlar, 58
mutsuzluk ve hayal kırıklığı, 69-70
National Comorbidity Survey Replication, 59
OKB'de, 100
psikolojik modeller, 70
sosyal ve davranışsal yönler, 72
stresli yaşam olayları, 71
Diazepam (Valium), 90
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 14-25
DSM-5 kriterleri, 20
etiyolojik değerlendirmeler, 21-23
beyin yapıları, 21-22
çevresel nedenler, 22
ebeveyn-çocuk ilişkisi, 23
MZ (tek yumurta) ve DZ (çift yumurta) ikizleri, 21
risk faktörleri, 22
televizyona maruz kalma ve dikkat sorunları, 22
Karşı olma, karşı gelme ve 20-21
kavramsallaştırma ve tedavi, 17-20
edimsel-koşullanma çerçevesi, 17
genişletilmiş okul programı, 19
tedavi sırasındaki hedef davranışlar, 17
Zamanaşımı prosedürü, 18-19
Ken'in davranışı, 15-16
OKB, 243-244
okul kayıtları, 15
sosyal geçmiş, 14-15, 323-324
tedavi, 23-24
amfetamin (Adderall), 23
metilfenidat (Ritalin), 23
psikolojik terapiler, 24
uzun süreli tedavi, 23-24
Disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB). *Ayrıca bk.*, Çoğul kişilik bozukluğu
cinsel istismar öncesi, 146
çoklu kişilik bozukluğu, 142
DSM-5 kriterleri, 143
Eve'in Üç Yüzü (kitap), 142
klinisyenler, 144
psikolojik fenomen, 145-146
sosyobilişsel model, 145
Sybil (filmler), 142
tanı, 143
tedavi, 147
Disosiyatif olmayan baş etme becerileri
Çoğul kişilik bozukluğu, 141

Distimi, 62-70, 139. *Ayrıca bk.*, Kalıcı depresif bozukluk
Disulfiram, 259
Diyalektik davranış terapisi (DDT) BKB, 288-289
Dizgotik (DZ) ikizler, 10, 21, 35-36, 187, 233, 244
Drake, H., 157
Dumughn, C., 297
Duygudurum Bozuklukları
evlilik problemleri, 60
genetik faktörler 60
National Comorbidity Survey Replication, 59
özelliği, 58
Duygusal düzensizlik bozukluğu, 285, 287
Duygusal ifadeler (Dİ), 36-38
duyulara odaklanma egzersizi
kadın orgazm bozukluğu, 217
duyulara odaklanma egzersizi, 210
Düşmanlık, 38, 102, 247, 257, 273

E

Ebeveynler için çocuk yönetimi eğitimi
karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) 247-248
Ekolalia, 8
Elektrokonvülsif tedavi (EKT), 74
Epidemiyolojik Toplama Alanı (ECA) araştırma, 87
Erektil bozukluk, 213
Ergenlikte veya gençlikte erken başlangıç yetişkinlik, 114
biriktirme bozukluğu, 114
Erkek-kadın transseksüeller, operasyonu için, 234-235
Erkeklerde erektil bozukluğu, 213
Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, 213
Erken boşalma, 204-218
Erken bunama, 34
şizofreni paranoid sanrılı, 34-35
Eşcinsellik ve transseksüalizm ilişkiler, 232
Eve'in Üç Yüzü (kitap), 137, 142
Evlilik terapisi
parafililer, 294-295
Evsizlik, 46

F

Faraone, S. V., 22
Fazel, S., 49
Fetişizm, 297
Fink, S., 155
Fluoksetin (Prozac), 68, 73, 90, 105
obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 105
Fluvoksamin (Luvox), 73, 90, 105
obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 105
Fobik bozukluklar, 86, 100
Fobiler, 87
Freud, S., 101

G

Gelişimsel model, DKB 146
Genetik faktörler
alkol kullanım bozukluğu, 256
anoreksiya nervoza, 169-170
cinsiyet sorunu, 233
otistik bozukluk, 10
somatik semptom bozukluğu, 159
Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, 213
Gerçekdışı korkular, 112
biriktirme bozukluğu, 112
Gevşeme eğitimi
agorafobi, 82
alkol kullanım bozukluğu, 259
kâbus bozukluğu, 194-195
Gevşeme ve bilişsel yaklaşımın, kombine kullanım
panik bozukluğu, 89
Goodman, R., 21
Göstermecilik bozukluğu, 296-298
Göstermecilik, 290-301
aktarım için, 297
Gunderson, J. G., 289
Güvenilirlik, puanlayıcılar arası, 35, 272

H

Haldol, 56
Haloperidol (Haldol), 6
Haloperidol, 56
Halüsinasyon komutları, 48
Hancox, R. J., 22-23
Hapishane mahkûmları, psikopatoloji, 49
Harris, T. O., 70, 158
Hayalet baskısı, 195, 198

Hennen, J., 298
Heyecanlanma aşaması, cinsel yanıt döngüsü, 212
Hızlı göz hareketi (REM), 193, 200
Hinder, S., 297
Hipnogojik (uyutucu) varsanılar, 199
Hipnoz kullanımı
çoklu kişilik bozukluğu, 144-145
Hipnoz, 133-134, 145
Hipoaktif cinsel istek bozukluğu, 213
Hipokondri, 99
Hipomanik olaylar, 53, 59
Hissizlik, 244
Histerektomi, 155, 159
Hormon tedavisi, 227, 235

I
Imipramin (Tofranil), 90, 267
IRT. *bk.*, İmgesel prova terapisi (IRT)

İ
İçme örüntüsü, 252
İfade etme eğitimi
bulimiya nervoza, 182-183
edimsel koşullanma, 97
sistematik program, 96
tedavi, 97
İkili teşhis, 46
İkiz çalışmalar
bulimia nervoza, 187
cinsiyet sorunu, 233
dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, 21
Otizm, 10
Somatik semptom bozukluğu, 159
İlaç
Antidepresan, 90 yaş
Antispazmodik, 79
BPD, 281, 282
Bulimia nervoza, 188
OKB, 104 - 105
Paranoid kişilik bozukluğu, 275
SSRI'lar, 90
TSSB için, 131
İmgelemsel prova terapisi (IRT), 194, 200-201
İnme, 151
İnsanbiçimcilik
biriktirme bozukluğu, 115
İntihar düşüncesi/düşünceler, 69
İşitsel varsanılar, 45, 47, 50, 83, 171, 172, 275
İşlevsiz tutumlar, 172
İtki kontrolü, 168, 242, 282, 284
BKB, 281
İzole Uyku Felci (IUF), 191-203

J
Jest, mimik 41
Johnson, V.E, 217
Jones, J., 22

K
Kâbus görme bozukluğu, 191-203
cinsiyete dayalı yaygınlık, 198
tedavi, 193-196
gevşeme teknikleri, 194-195
imgelem, uygulama, 194
Kaçınma tepkileri
Cinsel uyarılma ve gelişme, 215
TSSB, 130
Kaçınma terapisi
aşırı duyarlılık, 9
DEHB, 22
Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, 213
Kadın orgazm bozukluğu, 204-218
çözümleme safhası, 213
davranışsal model, 215
erken boşalma ve, 204-218
eski örüntüleri tahrik yanıtı, 216
heyecan fazı, 212
içeri girmesine karşın orgazma ulaşamama, 204-205
kavramsallaştırma ve tedavi, 208-212
"başla-dur" prosedürü, 211, 217
boşalmayı erteleme, 212
cinsel fantezileri ele alan, 209
cinsel tutum, inançlar ve davranışlar, 209
depresyon, yorgunluk ve evlilik stresi, 208
ejakülasyon kontrolü, 211
sansasyon odak, 210
orgazmik faz, 212-213
sık mastürbasyonla ilgili suçluluk 204
sınırlı ön sevişme, 204
sosyal beceri yaklaşımı, 215
sosyal geçmiş, 206-207

tedavi, 217-218
antidepresan ilaçlar, 217
bilişsel-davranışsal yaklaşım, 217
orgazm bozukluğu için prognoz kadınlarda, 217-218
sansasyon odaklı egzersiz, 217
tedavi için başlama-durma prosedürü erken boşalma, 217
Kadın-erkek transseksüelleri, cerrahi işlem için, 234
Kafka, M. P., 298
Karbamazepin (Tegretol), 61
Karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), 236-248
davranış, 236-237
DEHB, 243-244
DSM-5 kriterleri, 242
etiyolojik değerlendirmeler, 244-247
biyolojik faktörler, 245
cezai disiplin taktikleri, kullanımı, 246
çatışma ve mağduriyet, evlilik, 247
çevresel nedensel faktörler, 245
davranım bozukluğu, 244
ebeveynlik, 245
evlilikten memnuniyetsizlik, 246
kişilik özellikleri, 244
Mizaç, 245
MZ ve DZ ikiz çifti belirtileri, 244
otonom olarak az uyarılma, 244-245
sosyal faktörler, 245
kavramsallaştırma ve tedavi, 239-242
aile seansları, 241
oyun terapisi, 241-242
zamanaşımı prosedürü, 240-241
klinik örnekleri kullanan çalışmalar, 243
öfke nöbeti, 237
saldırganlık, 242-243
saldırganlık, 243
tepkisel saldırganlık, 242
sosyal ve aile geçmişi, 237-239
esrar içme, 238-239
huysuzluk, 238
komplikasyonsuz, tam süreli hamilelik, 237
tedavi, 247-248
aile terapisi yaklaşımları, 248
bilişsel davranışsal yaklaşımlar, 248
ebeveynlere için yönetim eğitimi, 247-248
yıkıcı davranış, 242-243
yön, 243
Katastrofik düşünce, 83, 90
Kaygı bozuklukları, 98
Kaygı ve depresyon, 109
Kendi kendini kontrolde eksikler, 115
biriktirme bozukluğu, 115
Kendini açlığa maruz bırakma, 173
Kendini uyaran davranışlar, 1, 6-7
Kernberg, O. F., 288
Kişilerarası Psikoterapi (IPT), 73
Klonipramin (Anafranil)
obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 104
Klozapin (Clozaril), 37, 50
KOKGB. *bk.,* Karşı olma karşı gelme bozukluğu. (ODD)
Kompulsiyonlar
bağımlılık davranışları, 99
DSM-5 kriterleri, 100
tekrarlayan kontroller, 99
Komşu Komşuya Yardım Eder (gönüllü organizasyon), 111
Kontak korkusu, 98
Konversiyon (dönüştürme) bozukluğu, 154
Korkunun bulaşması, 98
Kozmetik faktörler
cinsiyet ayrımcılığı, 234
Kraepelin, E., 34
Kringlen, E., 100
Kurbanlaşma, 114, 247

L

Landhuis, C. E., 22-23
Lindahl, K. M., 247
Linehan, M. M., 288
Lityum karbonat, 54, 56, 60
bipolar bozukluk, 56, 58
Luczak, S. E., 257

M

Madde bağımlılığı. *bk.,* Psikotik Bozukluk
Mağdur ve hayatta kalanlar, 131

Majör depresif bozukluk (MDB), 63-75, 109, 113
biriktirme bozukluğu, 113
depresif üçlü, 69
etiyolojik değerlendirmeler, 70-72
kavramsallaştırma ve tedavi, 66-69
klinik depresyon, mutsuzluk ve hayal kırıklığı, 69-70
sosyal geçmiş, 65-66
tedavi, 68, 72-73
antidepresan ilaçlar, 72, 73
ebeveyn eğitim grubu, 68
ebeveynlik becerileri, 73
fluoksetin (Prozac), 68, 73
fluvoksamin (Luvox), 73
kişiler arası iletişim, 73
monoamin oksidaz (MAO) baskılayıcılar, 73
paroksetin (Paxil), 73
problem çözme yaklaşımı, 73
psikoterapi, 73
sertralin (Zoloft), 73
sosyal becerilerdeki eksiklikler, ifade etme, 72, 73
SSRI'lar, 73
trisiklikler (TCAs), 73
Manik epizodlar
bipolar hastalarla antidepresan, 54
bipolar II bozukluk, 59
DSM-5 ölçütleri, 58
lityum, 61
tanısı, 58
Maruz bırakma ve tepki önleme (ERP), 97, 104, 105
Masters, W.H., 217
Mastürbasyon
ahlak dışı ve bencil eylemler, 207
cinsel ilişki, 204-205
cinsiyet disforisi, 225, 227
olumsuz tutumlar, 216
parafililer, 290-292, 294, 296, 299, 301
prognoz, orgazm disfonksiyonu, 217-218
Meehl, P. E., 30
Menoraji, 158-159
Somatik semptom bozukluğu, 158-159
Millberger, S., 22
Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) -2, 193
MMPI-2. *bk.*, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) -2
Monoamine oksidaz (MAO) baskılayıcıları, 73
Monozgotik ikiz (MZ), 21, 35-36, 233, 244
Motivasyonel görüşme, 104, 116
biriktirme bozukluğu, 116
Mutizm (konuşmazlık), 8
Mükemmeliyetçilik, 181-182

N

Naltrekson, 259
Narsisistik KB, 272
DSM-IV-TR için ölçütler, 272
NCS. Ulusal Eştanı Çalışması (NCS)
Nesne ilişkileri psikoterapisi, 288
Sınırda kişilik bozukluğu (BPD), 288
NHSLS. *bk.*, Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması (NHSLS)
Nolen-Hoeksema, S., 72
Nöroşirurji, 105

O

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 113
biriktirme bozukluğu, 113
depresyon, 100
DSM-5 kriterleri, 98
epidemiyolojik çalışmalar, 100
fobik bozukluklar ve 100
ilaçları değerlendirme, 104-105
fluoksetin (Prozak), 105
fluvoksamin (Luvox), 105
klomipramin (Anafranil), 104
sertralin (Zoloft), 105
SSRI'lar, 105
izleme değerlendirmeleri, 101
kavramsallaştırma ve tedavi, 96-97
atılganlı eğitimi, sistematik programı, 97
davranışsal tedavi, 97
dinî faaliyetler, 96
kaygı azaltıcı ritüeller, 97
kişiler arası becerilerin gelişmesi, 96
motivasyonel görüşme, 104
nöroşirurji, 105
tepki önleme prosedürü, 104

kendine zarar verme düşüncesi, 95
obsesif düşünce ve sanrısal inançlar, 100
OKKB, 99-100
semptomlar, 100
sosyal geçmiş, 93-96
teorik bakış açıları, 101-105
yaygınlığı, 100
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB), 99-100
OKB. *bk.*, Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)
Olduğundan fazla tahmin olasılığı, 83
Olgunlaşma sorunları, 170
Organik biriktirme, 115. *Ayrıca bk.*, biriktirme bozukluğu
Orgazm fonksiyon bozukluğu için prognoz kadınlar, 217-218
Orgazmik bozukluk, 204-218. *Ayrıca bk.*, Kadın orgazm bozukluğu
Otizm spektrum bozukluğu
DSM-5 ölçütleri, 7
DSM-III sınıflandırması, 9
etiyolojik değerlendirmeler, 10-11
bilişsel açıklamalar, 10
çevresel faktörler, 10-11
genetik faktörler, 10
nörobiyolojik faktörler, 10-11
kavramsallaştırma ve tedavi, 2-7
beslenme becerileri, 5
ceza sistemi uygulama, 6
cinsiyete göre yaygınlık, 9
dil becerileri, 3
genişleyen kelime dağarcığı, 3
göz teması, 2-3
haloperidol (Haldol), 6
kendini uyarma davranışı, ifade etme, 6
komutları izleme, 3
oyun eğitimi, 5
ödüller, 3
öfke nöbetini görülmesi, 4
Sam'e giyinip soyunmayı öğretmek, 3
tuvalet eğitimi, 4
özellikleri, 7-9
aşırı duyarlılık, 9
iletişim eksiklikleri, 8
kısıtlanmış veya basmakalıp ilgiler, 8
sosyal gelişmedeki anormallik, 7
tekrarlayan duyuşsal-devinim davranışı, 8
yeme sorunları, 9
tedavi, 11-12
antidepresanlar, 11
antipsikotikler, 11
davranış terapisi, 11
kendini uyarma davranışı, 11
modelleme, 11
programı, 12
yoğun davranış terapisi
Otonom olarak yetersiz uyarılma, 244-245
Otoriter tutum, 202
Oyun terapisi, 241-242
karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) 241-242

Ö

Öfke
anksiyete, 252, 257
ifade, 284
limbik alanlar, 287
TSSB, 129
yönetimi eğitimi, 126
Öğrenilmiş hastalık davranışı, 158
Öz bilinç, 205, 210
Özgüven, 97, 173, 239, 261

P

Panik bozukluk, 76-91
DSM-5 kriterleri, 85-86
etiyolojik değerlendirmeler, 88-89
gevşeme ve bilişsel yaklaşımın, birlikte kullanımı, 89
ilaçla tedavi etme, 90
kavramsallaştırma ve tedavi, 81-83
bilişsel yeniden yapılandırma, 83
duruma maruz kalma, 81-82
gevşeme eğitimi, 82
katastrofik düşünce, 83
olduğundan fazla tahmin etme olasılığı, 83
yaygın kaygıyı azaltmak, 81
panik kontrolü tedavisi, 89-90
sosyal geçmiş, 78-81

Panik kontrolü tedavisi, 89-90
panik bozukluk, 89-90
Parafililer, 290-301
etiyolojik değerlendirmeler, 298-300
çocuklukta duygusal istismar, 299
kur yapma davranış bozuklukları ve erkeklerdeki becerilerde, 299
öğrenme ilkeleri, 299-300
stres ve madde kullanımı, 299
kavramsallaştırma ve tedavi, 293-296
ara sıra yapılan seanslar, 296
cinsel fantezileri değiştiriyor, 294
duygusal seanslar, 295
evlilik terapisi, 294-295
sürtünmecilik ve umuma açık yerlerde mastürbasyon, 293-294
uygun yer arama, 296
mastürbasyon fantezileri, 291
ön sevişme, 291-292
sosyal geçmiş, 292-293
sürtünmecilik, 290-301
tedavi, 300-301
alternatif davranışsal tamamlama, 301
biyolojik müdahaleler, 301
değişen mastürbasyon fantezileri, 301
etik konular, 300
istemsiz cerrahi kastrasyon (kısırlaştırma), 300
siproteron asetat, antiandrojen, 301
terapist özellikleri, 300
teşhircilik, 290-301
Paranoid hastalar, 274, 275
Paranoid kişilik bozukluğu, 261-275
akademik kimlik bilgileri ve deneyim, 266
antidepresan ilaç, 267, 268
büyüklenme, 270
cinayete teşebbüs, 268
depresyonun, nörokimyasal temeli, 265
DSM-5 kriterleri, 271-272
etiyolojik değerledirmeler, 273-274
anksiyete bozuklukları, 273
düşman ve kavgacı, 273
korkulu, 273
sosyal olarak geri çekilme, 273
utanç-aşağılama modeli, 273-274
kibirli ve alıngan, 264-265
mesleki ve sosyal yer, 269
narsisizm, 269
özellikleri, 271-275
panik atak, 267, 268
sınıf içi performans, 264
sosyal geçmiş, 261-264
eleştiri, 262
kadınların niyetleri, 262-263
kendine güven, 261
kişiler arası ilişkiler, 262
sakin ve mantıksal, 263
saldırgan davranış, 262
tedavi, 274-275
antipsikotik ilaçlar, 275
bilişsel terapi, 275
sosyal beceri geliştirme, 275
zorluklar, 274-275
Paranoid sanrılı şizofreni, 26-39
akıl sağlığı merkezi, 26, 39
alt tipler, 35
antipsikotik ilaçlar, 36-37
belirtiler ve sosyal eksiklikler, 39
Bill'in davası, 37, 38
Colleen'in ailesi, 26
DSM-5 kriterleri, 34, 35
erken bunama, 34-35
etiyolojik değerlendirmeler, 35-36
halüsinasyonlar ve sanrılar, 37, 38
Heteroseksüel ve homoseksüel Doğa, 26
kavramsallaştırma ve tedavi, 30-33
kendini ifade etme, 26-27
negatif belirtiler, 38
prodromal faz, 34
psikososyal tedavi programları, 37-38
psikotik belirtiler, 35
sanrısal sistem, 27, 38
sosyal müdahale, 38
sosyal geçmiş, 29-30
uzun vadeli yan etkiler, 37
Parasomnia, 191-203. *Ayrıca bk.*, İzole Edilmiş Uyku Paralizi (ISS); Kâbus Bozukluğu
Asya kökenli Amerikalılar ve psikolojik müdahale, 201-204
etnik köken, 201
etnisite, 201

ırksal nefret, 202
kültürel geçmiş, 201
DSM-5 kriterleri, 196
etiyolojik değerlendirmeler, 199-200
öz bilinçlilik sezgisinin azalması, 199
sıkıntıya etkisi, 199
uykulu varsanılar, 199
üzücü rüyalar, 200
kültürel konular, 201-204
sosyal geçmiş, 192-193
akademik baskı, 192
kâbuslar, 192-193
küfürbaz baba, 192
tedavi, 193-196, 200-201
gevşeme teknikleri, 194-195
hayalet baskısı, 195
IPT/GCT, 194
izleme, 196
MMPI-2, 193
REM, 193, 200
Parkinson hastalığı, 193
Paroksetin (Paxil), 73,131
Patolojik şüphe, 98
Patterson, G. R., 245
Pedofili, 297, 298, 301
Plasebo kontrollü sonuç çalışmaları, için panik atak, 90
Poulton, R., 22-23
Prodromal evre, 34
Psikolojik bozukluk, 88, 145, 154, 243, 298
Psikopatoloji
disosiyatif bozukluk, 142
kadın transseksüeller, 232
kişilik özellikleri, 244
prevalans, 49
tezahür (görünüm), 226
Psikoterapi, 72, 74, 109, 201, 202
antidepresan ilaçlarla tedavi, 72, 108
Asya kökenli Amerikalılar arasında damgalanma, 202
biriktirme bozukluğu, 109
hastalar, 159
hastaneye yatışlar, 282
işlevsiz tutumlar, 172
kişiler arası, 74
nesne ilişkileri teorisi, 288
operasyon, 235
özellikler, 34
paranoid KB 274
tedavi, bipolar bozukluk hastaları, 62
Psikotik bozukluk, 40-51
arındırma programları, 44
çocuklar, 41
dürtüsellik, 46
düşmanca davranışlar, 45-46
etiyolojik değerlendirmeler, 47
evsizlik için risk, 46
ikili tanı, 46
ilaç rehabilitasyon programları, 41
işitsel varsanılar, 47
madde bağımlılığı, 40, 48, 50
rehabilitasyon programı, 44
sosyal geçmiş, 41-44
sürekli işitme halüsinasyonları, 40
şizofreni, 46
tedavi, antipsikotik ilaçlar, 43, 44, 49-50
Psikoz, 50
Putnam, F. W., 143

R

Rasmussen, S. A., 98
Reaksiyon oluşumu, 101-102
REM. *bk.*, Hızlı göz hareketi (REM)
Risperidon (Risperdal), 33, 37
Ritalin, 23
Rogers, C. R., 274, 275
Röntgencilik bozukluğu, 296
Röntgencilik, 298

S

Saad, K., 297
Sağlıklı egzersiz, 185
Saldırganlık obsesyonları, 99
Saldırganlık, 242-243
proaktif saldırganlık, 243
tepkisel saldırganlık, 242
Saleh, F. M., 298
Sanrılar, 45, 46, 48
Sanrılı inanç sistemleri, 27, 28, 30, 34, 47, 100
DSM-5 kriterleri, 46-47
işitsel varsanılar, 34
şizofreni, 34
takıntılı (obsesif) düşünceler, 100

Sapkın cinsel uygulamalar, 290-292. *Ayrıca bk.*, Parafililer
Sayma ritüelleri, 103-104
Schneider, K., 31
Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler), 73, 74, 116-117, 217
  biriktirme bozukluğu, 116-117
  OKB, 105
  panik bozukluk, 90
Segal, NL, 233
Serotonin, 7, 73, 90, 105, 116-117, 131, 159, 187, 217, 245, 287. *Ayrıca bk.*, selektif serotonin geri alımı baskılayıcılar (SSRI'lar)
  Bulimia nervoza, 187
Sertralin (Zoloft), 73, 105
  obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 105
Shea, S. H., 257
Sıkıntıya maruz kalma, 199
Sınırda kişilik bozukluğu (SKB/BKB), 77-289
  3 günlük dikkat, 277
  antidepresan ilaçlar, 281, 282
  bire bir görüşmeler, 278
  DSM-5 kriterleri, 285
  duygu düzenleme bozukluğu, 285
  dürtüsel patlama, öfke, 277
  etiyolojik değerlendirmeler, 286-287
    çocukluk dönemi aile ortamları, 286-287
    Nerotisizm, 287
    serotonin anormallikleri etkinlik, 287
  kavramsallaştırma ve tedavi, 282-285
    bilişsel terapi, 282, 283
    günlük- tedavi programı, 285
    zamanı geciktirme, 284
  kendini zarar verme ve intihar, 277-278
  sosyal geçmiş, 279-282
    aile terapisi, 280
    alkol ve uyuşturucular, 279-280
    bireysel psikoterapi, 281
    kendini yaralama davranış, 281-282
    küfürlü ve agresif davranışlar, 279
    psikolojik değerlendirme, 280
    sadomazoşist cinsel etkinlikler, 280
    yatış, 281
  tedavi, 287-289
    çift körlemesine ve plasebo kontrollü araştırmalar, 287
    DDT, 288-289
    nesne ilişkileri psikoterapisi, 288
  yasa dışı uyuşturucu, alma, 278
Sıralama ile uğraşmak, 110
  biriktirme bozukluğu, 110
Siklotmi (döngüsel), 59
Simetri, ihtiyacı için, 99
Siproteron asetat, antiandrojen
  parafililer, 301
Sodyum benzoat, 22
Somatik saplantılar, 99
Somatik semptom bozukluğu, 149-161
  Aleksitimi ve 157
  Şiddetlenen ağrıda duygusal üzüntünün rolü, 153
  Anksiyete, 154, 156
  Başlangıç yaşı, 155
  bireysel/grup BK için, 160
  DSM-IV-TR, 154
  Etiyolojik değerlendirmeler, 156-159
    çocukluk hastalığı, 158
    çocukluk sıkıntısı, 158
    genetik faktörler, 159
    kültürel faktörler, 156
    menoraji, 158-159
    psikolojik sıkıntı, 156-157
  fiziksel belirtiler nedeniyle ortaya çıkan psikolojik sorunlar, 153
  fiziksel problemler, 149-150
  genetik faktörler içinde, 159
  hekimler ve zihinsel sağlık profesyonelleri, 155
  ikincil kazanç, 157
  karın şişliği, 150
  keskin ağrı, 150
  rahatsız edici şişkinlik, 150
  sık baş ağrısı, 150
  sosyal maliyetler, 154-155
  sosyal geçmiş, 151-152
  tanı testleri, 154
  tedavi, 152-153
    antidepresanlar, 159
    fiziksel belirtiler, 153

triptofan düzeyleri ve somatizatörler için operasyon türleri, 155
Sosyal beceri eğitimi
alkol kullanım bozukluğu, 259
Sosyal fobi, 87
Sosyal izolasyon, 72, 174
Sosyal müdahale
paranoid şizofreni sanrılar ile, 38
Sosyobilişsel model, DID, 145
Sosyokültürel baskılar, 171
SSRI'lar. *bk.,* Seçici serotonin geri alımı Inhibitörleri (SSRI'lar)
Stevenson, J., 21
Stres
alkol bağımlılığı, 257
bulimia nervoza, 184-185
çoğul kişilik, 141, 147
parasomnia, 199-200
somatik belirtiler bozukluğu, 157-158
Sue, D. W., 202
Sugarman, P., 297
Süreğen depresif bozukluk, 109
biriktirme bozukluğu, 109
sürtünmecilik bozuklukları, 293, 294, 296-297
Sürtünmecilik, 290-301
Sürükleyici gen uyum sağlayıcı yanıt, 114
biriktirme bozukluğu, 114
Sybil (filmler), 142-143

Ş

Şiddet, 42-44
Şiddet ve zihinsel bozukluklar
halüsinasyonlar komuta etmek, 48
kişilik bozuklukları, 48
madde kullanım bozuklukları, 48
sanrılar, 48-49
Şizoaffektif bozukluk, 153
DSM-5 kriterleri, 46-47
şizofreniye karşı bipolar bozukluk, 56
Şok terapisi, 74

T

Talidomid, 10
Tardif diskinezi 37
Tecavüz travması
anksiyete belirtileri, 121
bilişsel-davranışsal müdahale, 122
çarpık düşünceleri tedavi etme, 125-126
DSM-5 ölçütleri, 127, 128
etiyolojik değerlendirmeler, 129-130
kavramsallaştırma ve tedavi, 121-123
öfke yönetimi eğitimi, 125-126
semptomlar, 121
sosyal geçmiş, 120-121
tecavüzün etkisi
duygusal samimiyetten kaçınma, 125
erkeklerle gergin ilişki, 124
tedavi
antidepresan ilaç, 130, 131
bilişsel davranışçı terapi, 126
"tekrar yaşama" travmatik deneyimi, 123
travmayı yeniden deneyimleme, 127
TSSB gelişimi, 129
Tekrarlamayı önleme, 185
Tekrarlanan Ulusal Eştanı Anketi (NCS-R/TUEA) çalışması, 59
Tekrarlayan transkraniyal manyetik uyarılma (rTMS), 259
Televizyona maruz kalma ve dikkat sorunları, 22
Temaruz, 139, 144-145
Temizlenmesi ve yıkama ritüelleri, 93
Test anksiyete, 78
Thigpen, C.H., 146
Thimerosal, 11
Tıkınırcasına yemek yeme/telfafi tipi anoreksiya nervoza, 168, 169
Tıkınma/boşlaltma döngüsü
bulimiya nervoza, 175, 178
Transseksüalizm, 226, 230-232. *Ayrıca bk.,* cinsiyet disforisi
Transvestik fetişizm, 297
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSD), 201
anksiyete bozukluğu olarak, 128
antidepresan ilaçları ile tedavi, 131
biliş ve olumsuz duygudurum, 127-128
DSM-5 ölçütleri, 127
prevalans, 128
psikolojik yaklaşım, 130
sınıflandırma, 128
sosyal destek, kişi düzeyi, 129
suç mağdurları, 129
tanı kriterleri, 123
tecavüz, 126

temel belirtiler, 128
travma ile ilişkili uyaranlar, 127
Triptofan, 159
TSSB. *bk.*, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

U
Ulusal Eştanı Araştırması (National Comorbidity Study (NCS)), 128
Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması (NHSLS), 126, 214
Umutsuzluk, 69-72
Uyarı kontrol prosedürleri, 32
Uyku bozuklukları, 196-202. *Ayrıca bk.*, Parasomnia
hafıza ve konsantrasyon, 196
hayalet baskısı, 198
kültürel farklılıklar, 197
uykusuzluk, 199
üniversite öğrencileri, 197
Uyku felci, 200
Uyumsuzluk
dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluk, 17
psikotik bozukluk, 49-50
Uyumsuz duygular, 88

Ü
Üçleme (TCAs), 73

V
Valproik asit (Depakote), 10, 61
Varsanılar
antipsikotik ilaçlar, 37
beyin görüntüleme çalışmaları, 47
duyu şekli, 47
görsel canlandırma, 279-280
psikotik belirtiler, 46-47
şizofreni hastaları, 35
şizofreniye özgü tanı semptomları, 34
uyanıkken varsanı (hipnopompik), 199
uyutucu (hipnogojik) deneyim, 199
ve sanrılı inançlar, 30, 34
Vitamin eksiklikleri, 256

W
Waldinger, R. J., 289
Wall, T. L., 257
Welch, D., 22-23
Whalen, C. K., 23
Wolfe, R., 301

Y
Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 109, 113, 128
ara sıra panik atak, 81
azaltma, 81
biriktirme bozukluğu, 113
Dennis'in davasında, 86
DSM-5 kriterleri, 87
özelliği, 86
teşhis kriterleri, 86
YAB. *bk.*, Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)
Yalan dedektörü ile test etme, 298
Yanıt örüntüleri, 73, 101, 216, 271
Yanlış tıbbi uygulamadan kaynaklanan (İyatrojen) zararı, 154-155
Yasağı ihlal etkisi, 189
Yatkınlık-stres modeli, 60
Yemek yeme bozuklukları, 162-173. *Ayrıca bk.*, Anoreksiya nervoza; Bulimia nervoza
Yıkıcı davranış, 242, 243
Yorgunluğa bağlı kaçınma, 114
biriktirme bozukluğu, 114

Z
Zamanaşımı prosedürü, 240-241
Zanaks, 80
Zararı azaltma
biriktirme bozukluğu, 116
Zihinsel sağlık bakımı topluluğu, 40, 280
Zoloft, 105, 131
Zorlayıcı döngü, 245